

**PENDEKATAN TERAPEUTIK DAN PENCEGAHAN RELAPS  
DI ANTARA PENAGIH SEPARA PULIH KOLEKTIVISME DAN  
KELUARGA MEREKA DI MALAYSIA**

**ZALL KEPLI MD REJAB**

**DOKTOR FALSAFAH  
UNIVERSITI UTARA MALAYSIA  
2014**

## **Kebenaran Menggunakan**

Dalam membentangkan tesis ini sebagai memenuhi syarat ijazah pascasiswazah Universiti Utara Malaysia, saya bersetuju pihak Perpustakaan Universiti membenarkan tesis ini disemak. Saya juga bersetuju kebenaran membuat salinan atau mencetak keseluruhan atau sebahagian dari tesis ini bagi tujuan pembelajaran boleh dibenarkan oleh penyelia saya atau apabila ketiaian beliau, oleh Dekan Pengajian Pascasiswazah Sekolah Sastra dan Sains Awang Had Saleh. Adalah difahamkan pencetakan tesis ini bagi tujuan mendapatkan keuntungan kewangan adalah tidak dibenarkan tanpa kebenaran saya. Adalah juga difahamkan pengiktirafan tesis ini hendak diberikan kepada saya dan pihak Universiti Utara Malaysia bagi tujuan pengajian yang dihasilkan dari bahan tesis saya ini.

Permohonan untuk mendapatkan kebenaran membuat salinan atau menggunakan bahan dari tesis ini, sebahagian atau keseluruhan, perlu dialamatkan kepada:

Dekan Sekolah Pascasiswazah Sastra dan Sains Awang Had Salleh

Kolej UUM Sastra dan Sains

Universiti Utara Malaysia

06010 UUM Sintok

## **Permission to Use**

In presenting this thesis in fulfilment of the requirements for a postgraduate degree from Universiti Utara Malaysia, I agree that the University Library may make it freely available for inspection. I further agree that permission for the copying of this thesis in any manner, in whole or in part, for scholarly purpose may be granted by my supervisor or, in their absence, by the Dean of Awang Had Salleh Graduate School of Arts and Sciences. It is understood that any copying or publication or use of this thesis or parts thereof for financial gain shall not be allowed without my written permission. It is also understood that due recognition shall be given to me and to Universiti Utara Malaysia for any scholarly use which may be made of any material from my thesis.

Requests for permission to copy or to make other use of materials in this thesis, in whole or in part, should be addressed to:

Dean of Awang had Salleh Graduate School of Arts and Sciences

UUM College of Arts and Sciences

Universiti Utara Malaysia

06010 UUM Sintok

## Abstrak

Penagih separa-pulih (PSP) merupakan mereka yang sedang bergelut meninggalkan tabiat mengambil dadah tetapi berisiko untuk relaps. Pembentukan pakatan terapeutik di antara PSP dengan keluarga mereka boleh menyelesaikan banyak masalah akibat konflik yang berpanjangan dan boleh membantu proses kepulihan PSP. Kajian ini mengkaji kesediaan PSP dan keluarga mereka membina dan mengekalkan pakatan terapeutik, serta keupayaan PSP mencegah relaps selepas dua tahun menamatkan rawatan. Kajian ini juga mengenal pasti petunjuk kesediaan PSP dan keluarga mereka membina dan mengekalkan pakatan terapeutik, serta meneroka kesesuaian modul Terapi Keluarga Kolektif (CFT) dalam merawat PSP Melayu. Empat kelompok berorientasi terbuka yang terdiri daripada empat orang PSP dan 32 orang ahli keluarga digunakan dalam lapan sesi rawatan. Kaedah CFT digunakan sebagai rawatan disertai dengan pra dan pasca-ujian. Selepas rawatan, ahli kelompok diberi tempoh dua tahun untuk mengamalkan kemahiran CFT sebelum ujian susulan dilakukan. Analisis data yang dikumpulkan secara kualitatif menunjukkan terdapat kesediaan yang tinggi dalam kalangan PSP dan ahli keluarga untuk membina dan mengekalkan pakatan terapeutik. Ujian susulan menunjukkan tiga daripada empat PSP berjaya mencegah relaps dan meneruskan kehidupan tanpa dadah. Modul CFT didapati sesuai untuk membina persekitaran yang kondusif untuk merawat PSP kolektivisme Melayu. Identiti keluarga dikenalpasti sebagai petunjuk kepada kesediaan PSP dan keluarga mereka membina pakatan terapeutik, manakala kesetiaan adalah petunjuk terhadap kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik. Keupayaan PSP dan keluarga mereka membina dan mengekalkan pakatan terapeutik didapati berjaya membentuk persekitaran yang diperlukan untuk memperkasakan nilai kolektivisme Melayu yang membantu mencegah relaps. Modul CFT yang berasaskan nilai kolektivisme sesuai digunakan sebagai komponen penting dalam pendekatan terapeutik untuk mencegah relaps bagi komuniti kolektivisme lain.

**Kata Kunci:** Kolektivisme Melayu; Pakatan terapeutik keluarga; Pencegahan relaps

## Abstract

Recovering addicts are those who struggling to give up drug but risk relapsing. Establishing therapeutic alliance between RAs and their family can help overcome many problems, resulting from continuous conflicts between them, and also help in RAs' recovery process. This study examined the readiness of RAs and their families to establish and maintain therapeutic alliance and to study RAs and their families' abilities to prevent relapse two years after treatment completion. This research also identified indicators for RAs and their families' readiness to establish and maintain therapeutic alliance, as well as to explore the suitability of Collective Family Therapy (CFT) module in the treatment of Malay RAs. Four open-orientation groups consisted of four RAs and 32 family members were used in eight treatment sessions. The CFT mentioned was used as a treatment couple with pre and post test. After the treatment, group members were given two years to practice CFT skills before follow up test were conducted. Data analysis collected using qualitative methods showed there is a high readiness to establish and to maintain therapeutic among the RAs and their families' members. The follow-up test showed that three out of four RAs had successfully prevented relapse and enjoying a drug-free living. The CFT module was found suitable to create an environment that is conducive to treat Malay collectivist RAs. Family identity was identified as the indicator for RAs and their families' readiness to establish therapeutic alliance, whilst faithfulness is the indicator for the maintenance of therapeutic alliance. The abilities of RAs and their families to establish and maintain therapeutic alliance had successfully created the environment required to empower the Malay collectivist values that help preventing relapse. Collectivist value-based CFT's module is appropriate to be used as an important ingredient in a therapeutic approach to prevent relapse for other collectivist communities

**Keywords:** *Malay collectivist; Family therapeutic alliance; Relapse prevention*

### **Penghargaan**

Alhamdulillah, bersyukur kepada Allah yang memberi keupayaan untuk menyiapkan projek PhD ini pada usia 62 tahun. Ucapan terima kasih saya ucapkan kepada Prof. Datuk Dr. Mahmood Nazar Mohamed yang bertindak sebagai penyelia dan sahabat yang baik dan penyabar. Terima kasih buat isteri yang tersayang, Puan Zainab Yusoff, anak-anak dan cucu-cucu yang menjadi sumber kekuatan dan inspirasi dalam perjalanan yang panjang dan berliku untuk menghabiskan sebahagian dari projek pengajian sepanjang hayat ini.

Terima kasih.

Zall Kepli Md Rejab,

27 Jun 2013

### **Acknowledgement**

I hereby would like thanks Allah for giving me such a tremendous energy at the age of 62, to complete my PhD project. Also my thanks go to my supervisor, Prof. Datuk Dr. Mahmood Nazar Mohamed for being such a good and a very patient friend. To my loving wife Mrs Zainab Yusoff, children and grandchildren who are the source of support and inspiration, who walked the long and winding road beside me in pursuing my lifelong education project.

Thanks you so much.

27 June 2012

Zall Kepli Md Rejab

Matric No.: 90580

## **Perakuan Kerja Tesis/Disertasi**

Karya ini adalah hasil kerja saya sendiri kecuali nukilan, ringkasan dan rujukan yang tiap-tiap satunya telah saya jelaskan sumbernya.

27 Jun 2012

Zall Kepli Md Rejab

No. Metrik: 90580



### **Certification of Thesis/Dissertation**

I hereby declare that the material in this thesis is my own except for quotations, excerpts, equations, summaries and references, which have been duly acknowledged.

27 Jun 2012

Zall Kepli Md Rejab

Matric No.: 90580

**KANDUNGAN****MUKA SURAT**

Kebenaran menggunakan tesis.....	ii
Abstrak.....	iii
Abstract.....	iv
Penghargaan.....	v
Acknowledgement.....	vi
Jadual.....	vii
Rajah, Graf & Carta.....	viii
Senarai Lampiran.....	ix

**BAB SATU: PENGENALAN****1 - 156**

1.1	Pendahuluan.....	1
1.2	Latarbelakang.....	2
1.2.1	Keluarga, Budaya dan Pakatan Terapeutik .....	13
1.2.2	Perbezaan Budaya dan Pengaruhnya ke Atas Pakatan Terapeutik .....	21
1.2.3	Gaya Hidup Masyarakat Kolektivisme Melayu .....	28
1.2.4	Pengaruh Islam Ke Atas Pakatan Dalam Masyarakat Kolektivisme Melayu ...	38
1.2.5	PSP dan Pemencilan dari Budaya Majoriti .....	41
1.2.6	Akulturas dan Enkulturas dalam Mengekang Relaps.....	45
1.2.7	Kajian Pakatan Terapeutik di Barat.....	52
1.3	Pernyataan Pemasalahan Kajian.....	62
1.3.1	Orang Melayu, Masalah Penagihan Dadah dan Relaps.....	63
1.3.2	Peranan Keluarga dan Budaya Kolektivisme Melayu .....	70
1.3.3	Asas Bekerjasama Antara Keluarga dengan Penagih Dadah / PSP ....	71
1.3.4	Penglibatan Keluarga Dalam Pemulihan Penagih Dadah/PSP .....	73
1.3.5	Asas Kepada Menjawab Persoalan Kajian .....	74
1.4	Objektif .....	76
1.5	Signifikanan Kajian.....	81
1.6	Pendekatan Teori .....	92
1.6.1	Teori Kritikal .....	93

1.6.2	Teori Budaya .....	93
1.6.3	Teori Sistem .....	96
1.6.4	Teori Identiti Sosial & Konsep Kolektivisme .....	99
1.6.5	Teori Multibudaya .....	102
1.6.6	Perspektif Multibudaya Teori Adlerian .....	108
1.6.7	Teori Pembelajaran Sosial .....	109
1.6.8	Model Kesejahteraan ( <i>Wellness</i> ) .....	111
1.6.9	Model Penagihan Dadah .....	111
1.6.10	Teori-Teori Kaunseling /Terapi Keluarga .....	112
1.6.11	Modul Terapi CFT (Pendekatan Integratif) .....	115
1.7	Kerangka Teoritikal .....	119
1.8	Definisi Konsep dan Operasi.....	127-146
1.9	Penutup.....	147

## **BAB DUA: SOROTAN LITERATUR.....** 148 - 231

2.1	Pendahuluan .....	148
2.2	Sejarah Awal Pakatan Terapeutik .....	148
2.3	Gagasan Pakatan .....	152
2.4	Pakatan Dalam Budaya Kolektivisme .....	160
2.5	Konsep Pakatan Terapeutik Dan Budaya Melayu .....	162
2.6	Gaya Keibubapaan Dan Pembentukan Pakatan Terapeutik .....	165
2.7	Gaya Keibubapaan Dalam Masyarakat Kolektivisme .....	169
2.8	Lain-Lain Pengaruh Yang Mendorong Pakatan .....	171
2.9	Penutup .....	173

## **BAB TIGA: METODOLOGI.....** 175 - 231

3.1	Pendahuluan .....	175
3.2	Rekabentuk Kajian .....	175
3.3	Pemilihan Subjek Kajian .....	182
3.4	Saiz Sampel .....	191
3.5	Alat Pengukuran & Rawatan .....	193
3.5.1	Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) .....	194
3.5.2	IKMP.1, IKMP.2 &IKMP.3 .....	196

3.5.3	Reliabiliti IKMP.1, IKMP.2 &IKMP.3 .....	203
3.6	Prosedur Penyelidikan .....	206
3.7	Pengumpulan Data .....	212
3.8	Analisis Data .....	216
3.8.1	Menilai Kesepadanan .....	217
3.8.2	Sumber Metrik .....	219
3.8.3	Perubahan Makna Konsep Utama .....	224
3.8.3.1	Kesetiaan Kepada Keluarga .....	226
3.8.3.2	Identiti Keluarga .....	227
3.8.3.3	Pakatan Terapeutik .....	228
3.8.4	Analisis Data Kuantitatif .....	230
3.9	Penutup .....	231

## **BAB EMPAT: KEPUTUSAN** .....232 – 322

4.1	Pendahuluan .....	232
4.2	Hasil Kajian .....	233
4.2.1	Ringkasan Hasil / Kesimpulan Kajian Keseluruhan .....	234
4.2.2	Bukti-Bukti Kesimpulan Kajian .....	235
4.2.3	Objektif Kajian Pertama.....	236
4.2.3.1	Bukti Kuantitatif .....	237
4.2.3.2	Bukti Kualitatif .....	240
4.2.4	Objektif Kajian Kedua .....	250
4.2.4.1	Bukti Kuantitatif .....	251
4.2.4.2	Bukti Kualitatif .....	252
4.2.5	Objektif Kajian Ketiga .....	272
4.2.5.1	Faktor Petunjuk Membina Pakatan Terapeutik (IKMP.1) .....	272
4.2.5.2	Faktor Petunjuk Meneruskan Pakatan Terapeutik (IKMP.2) .....	273
4.2.5.3	Faktor Petunjuk Mengekalkan Pakatan Terapeutik (IKMP.3) .....	277
4.2.5.4	Petunjuk Kepada Kesediaan Membina, Meneruskan dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik .....	278
4.2.6	Objektif Kajian Keempat .....	279
4.2.6.1	Bukti Kualitatif Objektif Kajian Keempat .....	280
4.2.6.2	Analisis Deskriptif .....	298

4.3	Keputusan Keseluruhan Penyelidikan.....	318
4.4	Rumusan .....	318
4.5	Penutup .....	322

## **BAB LIMA: PERBINCANGAN** ..... 323–397

5.1	Pengenalan .....	323
5.2	Idea Perlaksanaan Kajian .....	323
5.3	Konsep Kesetiaan, Identiti Keluarga dan Pakatan Terapeutik .....	327
5.4	Perbincangan Persoalan Kajian .....	329
5.4.1	Kesediaan Membina, Meneruskan dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik .....	331
5.4.2	Keupayaan PSP Mengekalkan Kepulihan Dalam Tempoh Kritikal Pemulihan (Dua Tahun) .....	339
5.4.3	Kesesuaian Modul CFT Responden Dengan Dari Etnik Melayu .....	344
5.4.4	Keupayaan PSP Mengekalkan Kepulihan Melalui Pakatan Terapeutik .....	349
5.4.5	Interaksi Di Antara CFT, Nilai Budaya Kolektivisme & Keupayaan PSP Mengekal Kepulihan .....	350
5.4.6	Kesesuaian CFT Dengan Nilai Kolektivisme Melayu .....	355
5.4.7	Pengintegrasian Teori.....	360
5.4.8	Pengaruh Nilai CFT Ke Atas Penerusan & Pengekalan Pakatan Terapeutik.....	364
5.4.9	Nilai Yang Menjadi Petunjuk Kepada Kesediaan Membina, Meneruskan Dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik .....	367
5.4.10	Proses Kelompok .....	369
5.4.11	Perbincangan Hasil Kajian Keseluruhan .....	370
5.4.12	Perbezaan Perubahan Di Antara Kelompok Kajian .....	390
5.4.13	Perbezaan Pencapaian Kelompok Pada Peringkat IKMP.3 .....	391
5.5	Rumusan .....	392
5.6	Penutup .....	397

<b>BAB ENAM: CADANGAN</b> .....	398 – 439
6.1	Pendahuluan ..... 398
6.2	Rumusan Kajian ..... 398
6.2.1	Andaian Kajian ..... 402
6.2.2	Budaya dan Gejala Sosial ..... 405
6.2.3	Perspektif Penyelidikan ..... 407
6.3	Implikasi Kajian ..... 411
6.3.1	Modul Terapi Keluarga Kolektif (CFT) ..... 411
6.3.2	Inventori Kesediaan IKMP.1, IKMP.2, & IKMP.3 ..... 412
6.3.3	Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) ..... 413
6.3.4	Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme ..... 414
6.3.5	Huraian Mengenai Proses Kepulihan Dari Perspektif Budaya Kolektivisme Melayu ..... 416
6.3.6	Model Penagihan & Pemulihan Dadah Dari Perspektif Budaya ..... 422
6.4	Limitasi Kajian ..... 423
6.4.1	Limitasi Pendekatan Teori Penyelidikan ..... 424
6.4.2	Limitasi Praktis ..... 426
6.5	Saranan Kajian ..... 428
6.6	Rumusan Keseluruhan ..... 432
6.7	Penutup ..... 439
<b>BIBLIOGRAFI / RUJUKAN</b> .....	440

<b>N0.</b>	<b>JADUAL</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.1	Taburan Statistik Penagih Yang Dikesan Mengikut Etnik Bagi Tahun 2006- 2010	63
1.2	Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Bagi Tahun 2003 – 2010	65
1.3	Statistik Penagih Baru Dan Ulang Mengikut Etnik Bagi Tahun 2010	67
1.4	Pecahan Statistik Penagih Yang Dikesan Mengikut Umur Bagi Tahun 2007 hingga 2010	69
1.5	Ringkasan Jenis-Jenis Kaunseling Keluarga	113-114
1.6	Ringkasan Modul Terapi Keluarga Kolektif	117
1.7	Pemilihan Teori Penyelidikan dan Kewajaran Pemilhannya	120
3.1	Fasa Penyelidikan	178
3.2.	Kerangka Kerja Gabungan Kuasi Eperimen & Penyelidikan Berpanjangan	179
3.3	Persamaan dan Perbezaan Struktur Ayat Bagi Item IKMP.1 & IKMP.2 dengan Item IKMP.3	198-200
3.4	Nilai Kebolehpercayaan Instrumen Kajian	206
3.5	Taburan Ahli Kelompok Mengikut Umur & Jantina	209
3.6	Jenis Kelompok dan Kehadiran Ahli Mengikut Jumlah dan Sesi	211
3.7	Kaedah Pengumpulan Data Kajian (Kuantitatif/Kualitatif)	213
3.8	Hubungan Persoalan Kajian, Metod Kajian dan Indikator Dengan Jawapan Persoalan Kajian	218
3.9	Contoh Sumber Matrik	220
3.10	Contoh Petikan Sumber Matrik Kajian	221
		225

3.11	Matrik Makna Konsep Mengikut Budaya Kolektivisme Melayu & CFT	
3.12	Metrik Perubahan Sumber Makna	229
4.1	Skor IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3	214
4.2	Skor IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3	215
4.3	Taburan Ahli Kelompok Mengikut Status Dalam Keluarga	241
4.4	Taburan Ahli Kelompok Mengikut Umur & Jantina	242
4.5	Perlaksanaan Rawatan CFT	246
4.6	Jumlah Kehadiran Ahli Keluarga & PSP Mengikut Sesi	247
4.7	Jumlah Soal Selidik Yang Dieder & Dikembalikan	226
4.8	Maklumbalas Melalui SMS/Telefon Yang Diterima Selepas Sesi Rawatan CFT (2009-2011)	229
4.9	Petikan Verbatim PAT Dengan Keluarga PSP-M	259
4.10	Petikan Verbatim Pengkaji Dengan Keluarga PSP-K	<u>262</u>
4.11	Petikan Verbatim Pengkaji Dengan Keluarga PSP-Z	265-266
4.12	Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Tambahan	281
4.13	Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Dua Ibu	282
4.14	Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Besar	283
4.15	Item Nombor 14, IKMP.2	284
4.16	Matrik Perubahan Makna Keluarga Kecil	288
4.17	Skor Perubahan Makna Keluarga Besar	290
4.18	Skor Perubahan Makna Keluarga Dua Ibu	292
4.19	Skor Perubahan Makna Keluarga Tambahan	294
4.20	Penilaian Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)	298
4.21	Verbatim PSP-Z dengan Ahli Keluarganya	304



4.22	Kenyataan Keluarga PSP-M Mengenai Hubungan Keluarga Mereka	311
4.23	Kenyataan Penarikan Diri Keluarga Tambahan	312
4.24	Kenyataan Mengenai Sikap Bapa Terhadap PSP-M	314
4.25	Kenyataan Mengenai Perubahan Sikap Bapa Terhadap PSP-M	315
5.1	Skor Peratusan IKMP Pada 3 Tahap Penyelidikan	342
5.2	Kenyataan Subjek Kajian Sebelum & Selepas Menjalani CFT	347
5.3	Sumber Matrik Item Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)	352
5.4	Pemilihan Wakil Keluarga PSP	375
5.5	Kenyataan Menerangkan Keadaan PSP-A Setahun Setelah Rawatan CFT	382
5.6	Kenyataan Menerangkan Keadaan PSP-A Setahun Setelah Rawatan CFT	388
6.1	Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme Melayu	415
6.2	Ringkasan Proses Akulturasi dan Enkulturasi	419

<b>NO.</b>	<b>RAJAH</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.1	Model Penagihan dan Pemulihan Dadah Dari Perspektif Budaya dan Relaps (Proses Akulturasi, Enkulturasi dan Asimilasi Budaya)	49
1.2	Ringkasan Signifikanan Kajian	82
1.3	Model 1- Rasional Pendekatan Multibudaya	122
1.4	Model 2 - Pendekatan Rawatan Pakatan Terapeutik Keluarga	126
2.1	Ciri-Ciri Budaya Kolektivisme Melayu dan Pakatan Terapeutik	163
3.1	Peta Rekabentuk Penyelidikan Kualitatif	177
3.2	Carta Aliran Pembentukan Kelompok Kajian	189
3.3	Triangulasi	216
4.1	Bukti Triangulasi	234
4.2	Bukti Kualitatif & Kuantitatif	236
4.3	Hubungan Kesan Menjalani CFT Dengan Kecenderungan Memberi Pengesyoran	285
4.4	Rumusan Keseluruhan Bukti/Hasil Kajian	321
5.1	Persepsi Jarak Hubungan Kekeluargaan Di Antara PSP Dengan Keluarga Mereka	338
5.2	Interaksi Di Antara CFT, Nilai Budaya Kolektivisme Yang Dikaji dan Keupayaan PSP Mengekang Relaps Atau Mengekalkan Kepulihan	352
6.1	Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme Melayu	415
6.2	Senario Penagihan, Pemulihan dan Proses Kepulihan Di Malaysia	416
6.3	Dua Laluan Ke Pangkuan Masyarakat	431

<b>NO.</b>	<b>GRAF</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.1	Taburan Peratusan Penagih Yang Dikesan Mengikut Etnik Bagi Tahun 2006 hingga 2010.....	64
1.2	Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Bagi Tahun 2007 – 2010	66
4.1	Kesediaan Membina dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik.....	239
4.2	Kehadiran Ahli Keluarga dan PSP Mengikut Sesi .....	<u>248</u>
4.3	Peratusan Skor ‘Sangat Setuju’ Bagi Persepsi Terhadap Pendekatan Rawatan CFT Bagi IKMP.1 dan IKMP.2 dan IKMP.3 .....	<u>287</u>
4.4	Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Kajian Keluarga Kecil .....	289
4.5	Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Rawatan CFT Keluarga Dua Ibu	293
4.6	Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Rawatan CFT Keluarga Tambahan	295

<b>NO.</b>	<b>CARTA</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.3	Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Berdasarkan Etnik Bagi Tahun 2007 – 2010	68
4.1	Keputusan ‘Setuju’ & ‘Sangat Setuju’ Tiga Komponen IKMP.1.....	272
4.2	Keputusan ‘Setuju’ & ‘Sangat Setuju’ Bagi 3 Komponen IKMP.2 .....	275
4.3	Perbandingan Peratusan Skor ‘Sangat Setuju’ .....	
	IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 .....	277
4.4	Perbandingan Perubahan Makna Bagi Semua Kelompok Kajian 4.5.....	296
4.5	Perubahan Keseluruhan PSP Berasaskan Borang BPT 4.6 .....	299
4.6	Perubahan Keseluruhan Keluarga PSP Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) 4.7.....	300
4.7	Perubahan Keseluruhan Keluarga & PSP Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) .....4.8 .....	302
4.8	Kelompok Kajian Yang Mengekalkan Pakatan Terapeutik Selepas Dua Tahun .....	317

**SENARAI SINGKATAN / SIMBOL**

AKyM	Ahli Keluarga Yang Menagih Dadah
%	Peratus
Bil.	Bilangan
BPT	Borang Penilaian Proses Terapi
CFT	Collective Family Therapy
Dlm.	Dalam
IKMP.1	Inventori Kesediaan Membina Pakatan Terapeutik
IKMP.2	Inventori Kesediaan Meneruskan
IKMP.3	Inventori Kesediaan Mengekalkan Pakatan Terapeutik
PAT	Penolong Ahli Terapi
PSP	Penagih Separa Pulih
PUSPEN	Pusat Pemulihan Narkotik

---

<b>LAMPIRAN</b>	<b>PERKARA</b>
1.	Modul Terapi Keluarga Kolektif (CFT)
2.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dialami Oleh Keluarga Besar
3.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dalami Oleh Keluarga Dua Ibu
4.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dalami Oleh Keluarga Kecil
5.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dialami Oleh Keluarga Tambahan
6.	Petikan Temubual Berstruktur Pengkaji dan PAT Dengan PSP-M
7.	Petikan Temubual Berstruktur Dengan PSP-K (2 April 2011)
8.	Petikan Temubual Melalui Telefon Antara Pengkaji dan PAT dengan PSP-Z, bapa dan adik lelaki (anak Keluarga Besar kedua) dan Dua orang Adik PSP-Z. (5 April 2011)
9.	Petikan Perbualan Telefon Di Antara Pengkaji (Ahli Terapi) dan Pembantu Ahli Terapi Dengan PSP-A, Ibu dan Adik Bungu PSP-A (11 Mei 2011)
10.	IKMP.1(Borang Klien)
11.	IKMP.1 (Borang Ibu Bapa/Keluarga)
12.	IKMP.2(Borang Klien)
13.	IKMP.2 (Borang Ibu Bapa/Keluarga)
14.	IKMP.3
15.	Contoh Salinan Maklum Balas Subjek Kajian (Bahagian B, IKMP.3)
16.	Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)

---

**KANDUNGAN****MUKA SURAT**

Kebenaran menggunakan tesis.....	ii
Abstrak.....	iii
Abstract.....	iv
Penghargaan.....	v
Acknowledgement.....	vi
Jadual.....	vii
Rajah, Graf & Carta.....	viii
Senarai Lampiran.....	ix

**BAB SATU: PENGENALAN****1 - 156**

1.1	Pendahuluan.....	1
1.2	Latarbelakang.....	2
1.2.1	Keluarga, Budaya dan Pakatan Terapeutik .....	13
1.2.2	Perbezaan Budaya dan Pengaruhnya ke Atas Pakatan Terapeutik .....	21
1.2.3	Gaya Hidup Masyarakat Kolektivisme Melayu .....	28
1.2.4	Pengaruh Islam Ke Atas Pakatan Dalam Masyarakat Kolektivisme Melayu ...	38
1.2.5	PSP dan Pemencilan dari Budaya Majoriti .....	41
1.2.6	Akulturas dan Enkulturas dalam Mengekang Relaps.....	45
1.2.7	Kajian Pakatan Terapeutik di Barat.....	52
1.3	Pernyataan Pemasalahan Kajian.....	62
1.3.1	Orang Melayu, Masalah Penagihan Dadah dan Relaps.....	63
1.3.2	Peranan Keluarga dan Budaya Kolektivisme Melayu .....	70
1.3.3	Asas Bekerjasama Antara Keluarga dengan Penagih Dadah / PSP ....	71
1.3.4	Penglibatan Keluarga Dalam Pemulihan Penagih Dadah/PSP .....	73
1.3.5	Asas Kepada Menjawab Persoalan Kajian .....	74
1.4	Objektif .....	76
1.5	Signifikanan Kajian.....	81
1.6	Pendekatan Teori .....	92
1.6.1	Teori Kritikal .....	93

1.6.2	Teori Budaya .....	93
1.6.3	Teori Sistem .....	96
1.6.4	Teori Identiti Sosial & Konsep Kolektivisme .....	99
1.6.5	Teori Multibudaya .....	102
1.6.6	Perspektif Multibudaya Teori Adlerian .....	108
1.6.7	Teori Pembelajaran Sosial .....	109
1.6.8	Model Kesejahteraan ( <i>Wellness</i> ) .....	111
1.6.9	Model Penagihan Dadah .....	111
1.6.10	Teori-Teori Kaunseling /Terapi Keluarga .....	112
1.6.11	Modul Terapi CFT (Pendekatan Integratif) .....	115
1.7	Kerangka Teoritikal .....	119
1.8	Definisi Konsep dan Operasi.....	127-146
1.9	Penutup.....	147

## **BAB DUA: SOROTAN LITERATUR.....** 148 - 231

2.1	Pendahuluan .....	148
2.2	Sejarah Awal Pakatan Terapeutik .....	148
2.3	Gagasan Pakatan .....	152
2.4	Pakatan Dalam Budaya Kolektivisme .....	160
2.5	Konsep Pakatan Terapeutik Dan Budaya Melayu .....	162
2.6	Gaya Keibubapaan Dan Pembentukan Pakatan Terapeutik .....	165
2.7	Gaya Keibubapaan Dalam Masyarakat Kolektivisme .....	169
2.8	Lain-Lain Pengaruh Yang Mendorong Pakatan .....	171
2.9	Penutup .....	173

## **BAB TIGA: METODOLOGI.....** 175 - 231

3.1	Pendahuluan .....	175
3.2	Rekabentuk Kajian .....	175
3.3	Pemilihan Subjek Kajian .....	182
3.4	Saiz Sampel .....	191
3.5	Alat Pengukuran & Rawatan .....	193
3.5.1	Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) .....	194
3.5.2	IKMP.1, IKMP.2 &IKMP.3 .....	196



3.5.3	Reliabiliti IKMP.1, IKMP.2 &IKMP.3 .....	203
3.6	Prosedur Penyelidikan .....	206
3.7	Pengumpulan Data .....	212
3.8	Analisis Data .....	216
3.8.1	Menilai Kesepadanan .....	217
3.8.2	Sumber Metrik .....	219
3.8.3	Perubahan Makna Konsep Utama .....	224
3.8.3.1	Kesetiaan Kepada Keluarga .....	226
3.8.3.2	Identiti Keluarga .....	227
3.8.3.3	Pakatan Terapeutik .....	228
3.8.4	Analisis Data Kuantitatif .....	230
3.9	Penutup .....	231

## **BAB EMPAT: KEPUTUSAN** .....232 – 322

4.1	Pendahuluan .....	232
4.2	Hasil Kajian .....	233
4.2.1	Ringkasan Hasil / Kesimpulan Kajian Keseluruhan .....	234
4.2.2	Bukti-Bukti Kesimpulan Kajian .....	235
4.2.3	Objektif Kajian Pertama.....	236
4.2.3.1	Bukti Kuantitatif .....	237
4.2.3.2	Bukti Kualitatif .....	240
4.2.4	Objektif Kajian Kedua .....	250
4.2.4.1	Bukti Kuantitatif .....	251
4.2.4.2	Bukti Kualitatif .....	252
4.2.5	Objektif Kajian Ketiga .....	272
4.2.5.1	Faktor Petunjuk Membina Pakatan Terapeutik (IKMP.1) .....	272
4.2.5.2	Faktor Petunjuk Meneruskan Pakatan Terapeutik (IKMP.2) .....	273
4.2.5.3	Faktor Petunjuk Mengekalkan Pakatan Terapeutik (IKMP.3) .....	277
4.2.5.4	Petunjuk Kepada Kesediaan Membina, Meneruskan dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik .....	278
4.2.6	Objektif Kajian Keempat .....	279
4.2.6.1	Bukti Kualitatif Objektif Kajian Keempat .....	280
4.2.6.2	Analisis Deskriptif .....	298

4.3	Keputusan Keseluruhan Penyelidikan.....	318
4.4	Rumusan .....	318
4.5	Penutup .....	322

## **BAB LIMA: PERBINCANGAN** ..... 323–397

5.1	Pengenalan .....	323
5.2	Idea Perlaksanaan Kajian .....	323
5.3	Konsep Kesetiaan, Identiti Keluarga dan Pakatan Terapeutik .....	327
5.4	Perbincangan Persoalan Kajian .....	329
5.4.1	Kesediaan Membina, Meneruskan dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik .....	331
5.4.2	Keupayaan PSP Mengekalkan Kepulihan Dalam Tempoh Kritikal Pemulihan (Dua Tahun) .....	339
5.4.3	Kesesuaian Modul CFT Responden Dengan Dari Etnik Melayu .....	344
5.4.4	Keupayaan PSP Mengekalkan Kepulihan Melalui Pakatan Terapeutik .....	349
5.4.5	Interaksi Di Antara CFT, Nilai Budaya Kolektivisme & Keupayaan PSP Mengekal Kepulihan .....	350
5.4.6	Kesesuaian CFT Dengan Nilai Kolektivisme Melayu .....	355
5.4.7	Pengintegrasian Teori.....	360
5.4.8	Pengaruh Nilai CFT Ke Atas Penerusan & Pengekalan Pakatan Terapeutik.....	364
5.4.9	Nilai Yang Menjadi Petunjuk Kepada Kesediaan Membina, Meneruskan Dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik .....	367
5.4.10	Proses Kelompok .....	369
5.4.11	Perbincangan Hasil Kajian Keseluruhan .....	370
5.4.12	Perbezaan Perubahan Di Antara Kelompok Kajian .....	390
5.4.13	Perbezaan Pencapaian Kelompok Pada Peringkat IKMP.3 .....	391
5.5	Rumusan .....	392
5.6	Penutup .....	397

<b>BAB ENAM: CADANGAN</b> .....	398 – 439
6.1	Pendahuluan ..... 398
6.2	Rumusan Kajian ..... 398
6.2.1	Andaian Kajian ..... 402
6.2.2	Budaya dan Gejala Sosial ..... 405
6.2.3	Perspektif Penyelidikan ..... 407
6.3	Implikasi Kajian ..... 411
6.3.1	Modul Terapi Keluarga Kolektif (CFT) ..... 411
6.3.2	Inventori Kesediaan IKMP.1, IKMP.2, & IKMP.3 ..... 412
6.3.3	Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) ..... 413
6.3.4	Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme ..... 414
6.3.5	Huraian Mengenai Proses Kepulihan Dari Perspektif Budaya Kolektivisme Melayu ..... 416
6.3.6	Model Penagihan & Pemulihan Dadah Dari Perspektif Budaya ..... 422
6.4	Limitasi Kajian ..... 423
6.4.1	Limitasi Pendekatan Teori Penyelidikan ..... 424
6.4.2	Limitasi Praktis ..... 426
6.5	Saranan Kajian ..... 428
6.6	Rumusan Keseluruhan ..... 432
6.7	Penutup ..... 439
<b>BIBLIOGRAFI / RUJUKAN</b> .....	440

<b>N0.</b>	<b>JADUAL</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.1	Taburan Statistik Penagih Yang Dikesan Mengikut Etnik Bagi Tahun 2006- 2010	63
1.2	Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Bagi Tahun 2003 – 2010	65
1.3	Statistik Penagih Baru Dan Ulang Mengikut Etnik Bagi Tahun 2010	67
1.4	Pecahan Statistik Penagih Yang Dikesan Mengikut Umur Bagi Tahun 2007 hingga 2010	69
1.5	Ringkasan Jenis-Jenis Kaunseling Keluarga	113-114
1.6	Ringkasan Modul Terapi Keluarga Kolektif	117
1.7	Pemilihan Teori Penyelidikan dan Kewajaran Pemilhannya	120
3.1	Fasa Penyelidikan	178
3.2.	Kerangka Kerja Gabungan Kuasi Eperimen & Penyelidikan Berpanjangan	179
3.3	Persamaan dan Perbezaan Struktur Ayat Bagi Item IKMP.1 & IKMP.2 dengan Item IKMP.3	198-200
3.4	Nilai Kebolehpercayaan Instrumen Kajian	206
3.5	Taburan Ahli Kelompok Mengikut Umur & Jantina	209
3.6	Jenis Kelompok dan Kehadiran Ahli Mengikut Jumlah dan Sesi	211
3.7	Kaedah Pengumpulan Data Kajian (Kuantitatif/Kualitatif)	213
3.8	Hubungan Persoalan Kajian, Metod Kajian dan Indikator Dengan Jawapan Persoalan Kajian	218
3.9	Contoh Sumber Matrik	220
3.10	Contoh Petikan Sumber Matrik Kajian	221
		225

3.11	Matrik Makna Konsep Mengikut Budaya Kolektivisme Melayu & CFT	
3.12	Metrik Perubahan Sumber Makna	229
4.1	Skor IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3	214
4.2	Skor IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3	215
4.3	Taburan Ahli Kelompok Mengikut Status Dalam Keluarga	241
4.4	Taburan Ahli Kelompok Mengikut Umur & Jantina	242
4.5	Perlaksanaan Rawatan CFT	246
4.6	Jumlah Kehadiran Ahli Keluarga & PSP Mengikut Sesi	247
4.7	Jumlah Soal Selidik Yang Diedar & Dikembalikan	226
4.8	Maklumbalas Melalui SMS/Telefon Yang Diterima Selepas Sesi Rawatan CFT (2009-2011)	229
4.9	Petikan Verbatim PAT Dengan Keluarga PSP-M	259
4.10	Petikan Verbatim Pengkaji Dengan Keluarga PSP-K	<u>262</u>
4.11	Petikan Verbatim Pengkaji Dengan Keluarga PSP-Z	265-266
4.12	Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Tambahan	281
4.13	Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Dua Ibu	282
4.14	Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Besar	283
4.15	Item Nombor 14, IKMP.2	284
4.16	Matrik Perubahan Makna Keluarga Kecil	288
4.17	Skor Perubahan Makna Keluarga Besar	290
4.18	Skor Perubahan Makna Keluarga Dua Ibu	292
4.19	Skor Perubahan Makna Keluarga Tambahan	294
4.20	Penilaian Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)	298
4.21	Verbatim PSP-Z dengan Ahli Keluarganya	304

4.22	Kenyataan Keluarga PSP-M Mengenai Hubungan Keluarga Mereka	311
4.23	Kenyataan Penarikan Diri Keluarga Tambahan	312
4.24	Kenyataan Mengenai Sikap Bapa Terhadap PSP-M	314
4.25	Kenyataan Mengenai Perubahan Sikap Bapa Terhadap PSP-M	315
5.1	Skor Peratusan IKMP Pada 3 Tahap Penyelidikan	342
5.2	Kenyataan Subjek Kajian Sebelum & Selepas Menjalani CFT	347
5.3	Sumber Matrik Item Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)	352
5.4	Pemilihan Wakil Keluarga PSP	375
5.5	Kenyataan Menerangkan Keadaan PSP-A Setahun Setelah Rawatan CFT	382
5.6	Kenyataan Menerangkan Keadaan PSP-A Setahun Setelah Rawatan CFT	388
6.1	Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme Melayu	415
6.2	Ringkasan Proses Akulturasi dan Enkulturasi	419

<b>NO.</b>	<b>RAJAH</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.1	Model Penagihan dan Pemulihan Dadah Dari Perspektif Budaya dan Relaps (Proses Akulturasi, Enkulturasi dan Asimilasi Budaya)	49
1.2	Ringkasan Signifikanan Kajian	82
1.3	Model 1- Rasional Pendekatan Multibudaya	122
1.4	Model 2 - Pendekatan Rawatan Pakatan Terapeutik Keluarga	126
2.1	Ciri-Ciri Budaya Kolektivisme Melayu dan Pakatan Terapeutik	163
3.1	Peta Rekabentuk Penyelidikan Kualitatif	177
3.2	Carta Aliran Pembentukan Kelompok Kajian	189
3.3	Triangulasi	216
4.1	Bukti Triangulasi	234
4.2	Bukti Kualitatif & Kuantitatif	236
4.3	Hubungan Kesan Menjalani CFT Dengan Kecenderungan Memberi Pengesyoran	285
4.4	Rumusan Keseluruhan Bukti/Hasil Kajian	321
5.1	Persepsi Jarak Hubungan Kekeluargaan Di Antara PSP Dengan Keluarga Mereka	338
5.2	Interaksi Di Antara CFT, Nilai Budaya Kolektivisme Yang Dikaji dan Keupayaan PSP Mengekang Relaps Atau Mengekalkan Kepulihan	352
6.1	Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme Melayu	415
6.2	Senario Penagihan, Pemulihan dan Proses Kepulihan Di Malaysia	416
6.3	Dua Laluan Ke Pangkuan Masyarakat	431

<b>NO.</b>	<b>GRAF</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.1	Taburan Peratusan Penagih Yang Dikesan Mengikut Etnik Bagi Tahun 2006 hingga 2010.....	64
1.2	Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Bagi Tahun 2007 – 2010	66
4.1	Kesediaan Membina dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik.....	239
4.2	Kehadiran Ahli Keluarga dan PSP Mengikut Sesi .....	<u>248</u>
4.3	Peratusan Skor ‘Sangat Setuju’ Bagi Persepsi Terhadap Pendekatan Rawatan CFT Bagi IKMP.1 dan IKMP.2 dan IKMP.3 .....	<u>287</u>
4.4	Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Kajian Keluarga Kecil .....	289
4.5	Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Rawatan CFT Keluarga Dua Ibu	293
4.6	Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Rawatan CFT Keluarga Tambahan	295



<b>NO.</b>	<b>CARTA</b>	<b>MUKA SURAT</b>
1.3	Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Berdasarkan Etnik Bagi Tahun 2007 – 2010	68
4.1	Keputusan ‘Setuju’ & ‘Sangat Setuju’ Tiga Komponen IKMP.1.....	272
4.2	Keputusan ‘Setuju’ & ‘Sangat Setuju’ Bagi 3 Komponen IKMP.2 .....	275
4.3	Perbandingan Peratusan Skor ‘Sangat Setuju’ .....	
	IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 .....	277
4.4	Perbandingan Perubahan Makna Bagi Semua Kelompok Kajian 4.5.....	296
4.5	Perubahan Keseluruhan PSP Berasaskan Borang BPT 4.6 .....	299
4.6	Perubahan Keseluruhan Keluarga PSP Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) 4.7.....	300
4.7	Perubahan Keseluruhan Keluarga & PSP Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) .....4.8 .....	302
4.8	Kelompok Kajian Yang Mengekalkan Pakatan Terapeutik Selepas Dua Tahun .....	317

**SENARAI SINGKATAN / SIMBOL**

AKyM	Ahli Keluarga Yang Menagih Dadah
%	Peratus
Bil.	Bilangan
BPT	Borang Penilaian Proses Terapi
CFT	Collective Family Therapy
Dlm.	Dalam
IKMP.1	Inventori Kesediaan Membina Pakatan Terapeutik
IKMP.2	Inventori Kesediaan Meneruskan
IKMP.3	Inventori Kesediaan Mengekalkan Pakatan Terapeutik
PAT	Penolong Ahli Terapi
PSP	Penagih Separa Pulih
PUSPEN	Pusat Pemulihan Narkotik

---

<b>LAMPIRAN</b>	<b>PERKARA</b>
1.	Modul Terapi Keluarga Kolektif (CFT)
2.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dialami Oleh Keluarga Besar
3.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dalami Oleh Keluarga Dua Ibu
4.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dalami Oleh Keluarga Kecil
5.	Jadual Perubahan Metrik Yang Dialami Oleh Keluarga Tambahan
6.	Petikan Temubual Berstruktur Pengkaji dan PAT Dengan PSP-M
7.	Petikan Temubual Berstruktur Dengan PSP-K (2 April 2011)
8.	Petikan Temubual Melalui Telefon Antara Pengkaji dan PAT dengan PSP-Z, bapa dan adik lelaki (anak Keluarga Besar kedua) dan Dua orang Adik PSP-Z. (5 April 2011)
9.	Petikan Perbualan Telefon Di Antara Pengkaji (Ahli Terapi) dan Pembantu Ahli Terapi Dengan PSP-A, Ibu dan Adik Bungu PSP-A (11 Mei 2011)
10.	IKMP.1(Borang Klien)
11.	IKMP.1 (Borang Ibu Bapa/Keluarga)
12.	IKMP.2(Borang Klien)
13.	IKMP.2 (Borang Ibu Bapa/Keluarga)
14.	IKMP.3
15.	Contoh Salinan Maklum Balas Subjek Kajian (Bahagian B, IKMP.3)
16.	Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)

---

# **BAB SATU**

## **PENGENALAN**

### **1.1 Pendahuluan**

Kontruks “pakatan terapeutik” (Rogers, 1957) juga dikenali sebagai “pakatan kerja” (*working alliance*), “pakatan rawatan”, “pakatan pertolongan” dan ada kalanya sebagai “pakatan” sahaja, yang melibatkan pakatan ahli terapi dengan klien. Para pengkaji mendapati bahawa pakatan dalam psikoterapi atau kaunseling boleh menjana sumber terapeutik yang bertenaga (Bordin, 1979, 1994). Konsep pakatan terapeutik ini seterusnya diperkembangkan kepada pakatan antara ahli terapi dengan ibu bapa klien selain daripada pakatan ahli terapi dengan klien (Horvath, 1994a; Shirk & Karver, 2003). Menurut Crits-christoph dan Gibbons (2003), terdapat hasil kajian yang menyarankan bahawa pakatan terapeutik sebahagiannya dipengaruhi oleh sifat semulajadi klien, manakala sebahagian yang lain dipengaruhi oleh kualiti intervensi ahli terapi.

Dengan lain perkataan, persepsi atau kepercayaan klien yang positif terhadap pakatan (mungkin dipengaruhi oleh budayanya yang menekankan kerjasama) adalah merupakan elemen penting kepada pembentukan pakatan terapeutik, selain daripada pendekatan ahli terapi. Dalam kajian ini, pengkaji menekankan pakatan sebagai sifat semulajadi klien atau subjek kajian, berlandaskan kepada budaya kolektivisme Melayu atas sifatnya yang saling bergantung dan amat menekankan hubungan silaturrahim. Kajian melibatkan hubungan penagih separa pulih Melayu dengan ahli keluarga mereka yang

umumnya tegang, ujian untuk membina dan mengekalkan pakatan, dan kesan pakatan terapeutik keluarga ke atas keupayaan PSP mengekang relaps. Sebagai seorang Melayu (berusia 61 tahun) dan 25 tahun pengalaman bekerja dengan banduan dadah, dalam hal ini di dapati amat membantu untuk menjelaskan pelbagai isu yang berkaitan.

Bab ini merangkumi bahagian-bahagian seperti berikut: bahagian pertama ialah latar belakang, diikuti oleh kenyataan permasalahan dan persoalan kajian. Objektif kajian dihuraikan dalam bahagian keempat, dan seterusnya diikuti oleh skop penyelidikan, signifikansi penyelidikan, sumbangan penyelidikan, pendekatan penyelidikan dan metodologi.

## **1.2 Latarbelakang**

Kecenderungan untuk bekerjasama atau berpakat dan bergotong-royong dalam menjalani kehidupan seharian menyebabkan orang-orang Melayu, sebagaimana masyarakat kolektivisme Timur yang lain, dilihat sebagai saling melengkapi (*interdependent*) antara satu dengan yang lain. “Sepakat membawa berkat” merupakan pepatah yang bermaksud semasa senang atau susah, sekiranya kita boleh mengenyepikan rasa permusuhan, sedia bermaafan, berbincang, berpakat dan bekerjasama, maka segala kekusutan akan dapat diatasi. Gaya hidup yang penuh harmoni, bersatu padu, dan bekerjasama ini adalah merupakan matlamat utama keluarga dalam kalangan ahli masyarakat kolektivisme Melayu sejak zaman berzaman. Dari bergotong-royong di sawah hingga kepada perjuangan untuk mencapai kemerdekaan, dan di Parlimen untuk memerintah negara. Nilai budaya berpakat sentiasa terpancar di

dalam prosedur memerintah negara dengan penganjuran perikatan, barisan dan pakatan. Kajian ke atas kesusasteraan Melayu tradisional akan menemukan kita dengan banyak lagi ungkapan-ungkapan yang menekankan kesepakatan, perpaduan dan kerjasama dalam pelbagai bentuk seperti pepatah, perumpamaan, bidalan, pantun, syair dan sebagainya yang menunjukkan betapa nilai kesatuan dan kesetiaan dihayati. Antara lain “Ke gunung sama didaki, ke lurah sama dituruni”, “Hati gajah sama dilapah, hati kuman sama dicecah”, dan “Bersatu teguh, bercerai roboh.” Keberkatan yang diperolehi dari kesepakatan ini telah membawa masyarakat kolektivisme Melayu yang berasal dari kaum petani mencapai banyak kejayaan dalam persaingan global yang semakin sengit setiap hari. Nilai kesepakatan hidup mereka ini turut disokong malahan selari dengan ajaran agama Islam yang pada dasarnya dianuti oleh hampir kesemua orang-orang Melayu. Islam menekankan bahawa segala keputusan dan tindakan yang mengarah kepada mengeratkan silaturrahim dan perpaduan ummah adalah diberkati Allah.

Bagi Rogers (1957) dan lain-lain pengkaji (seperti Horvath, 1994a; Perkinson, 2002; Shirk & Karver, 2003; Corey, 2008; Gladding, 2009) pakatan adalah asas kepada rawatan psikoterapi yang penting tidak kira apa pendekatan yang digunakan. Berdasarkan pandangan ini, sebagai orang Melayu yang lahir di dalam budaya masyarakat yang mengamalkan budaya kolektivime Melayu beranggapan di dalam nilai budaya ini, secara semulajadi pakatan terapeutik sudah dalam bentuk kewajiban menjaga hubungan “silaturrahim”. Oleh kerana nilai ini diperkukuhkan oleh ajaran Islam (agama anutan orang-orang Melayu), ia menjadi asas kepada perpaduan, pakatan dan kerjasama antara orang-orang Melayu.

Para pengkaji Barat dan Timur sepakat bersetuju bahawa, ciri utama ahli masyarakat kolektivisme iaitu saling bergantung di antara satu sama lain di dalam keluarga dan masyarakat mereka didasari oleh nilai-nilai kesetiaan dan identiti keluarga (*familial-self*) (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997; Masaki, 2003; Sue & Sue, 2008; Corey, 2008; Goldenberg & Goldenberg, 2008). Mereka mempunyai pengetahuan yang mendalam mengenai struktur hubungan dalam kelompok mereka, menerima perbezaan dari segi kuasa dan kedudukan ahli-ahli kelompok, dan menghargai perasaan silaturrahim yang wujud dalam kalangan mereka (Masaki, 2003). Mereka juga menghormati nilai dan peranan yang mengikat antara ahli di dalam keluarga dan bersedia mempertahankan maruah keluarga. Apabila seorang ahli keluarga gagal berfungsi dengan baik atau “membuat onar”, ia diibaratkan sebagai “Menconteng arang di muka keluarga.” Malu kerana perbuatan seorang ahli keluarga akan turut dirasakan oleh ahli keluarga yang lain, “Seperti seekor kerbau membawa lumpur, habis semua terpalit.” Menghargai keharmonian dalam hubungan sesama mereka menjadikan mereka sensitif dan berhati-hati dengan tingkahlaku sendiri dan tingkahlaku ahli yang lain. Setiap ahli dalam kelompok menekankan peri pentingnya kehendak dan keperluan serta matlamat kelompok dalam menjalani kehidupan yang harmoni sesama mereka (Matsomoto & Juang, 2008).

Dari segi teori, keluarga merupakan satu sistem yang saling bergabung dan ahlinya saling bergantung antara satu dengan lain (Bowen, 1978). Kegagalan ahli keluarga berfungsi dengan baik, dari perspektif teori sistem akan menjejaskan kefungsiannya seluruh keluarga. Oleh kerana keluarga merupakan unit penting kepada sesebuah masyarakat, kegagalan seorang atau lebih ahli sesebuah keluarga turut menjejaskan kepentingan sistem sosial keseluruhannya (Corey, 2008). Demi menjaga kepentingan sistem sosial ini, kita dapati dalam kesusteraan Melayu lama, samada dalam bentuk lisan ataupun tulisan telah banyak mengisahkan tindakan bersepadu oleh Ketua masyarakat dan ahli-ahlinya untuk menghukum individu bersalah dengan pelanggaran norma dan nilai masyarakat mereka. Hukuman boleh berbentuk memulau atau mengusir keluar individu yang terlibat dari kampung atau daerah kediamannya atas alasan untuk menjaga nama baik dan keharmonian kampung atau daerah mereka.



Pada peringkat keluarga, maruah keluarga merupakan sesuatu yang amat dipertahankan. Disebabkan tidak mahu menanggung malu, marah dan kecewa, terdapat ibu bapa yang tidak 'mengakui anak' dan mengusir anak yang menimbulkan masalah keluar dari rumah atas alasan mereka mencemar nama baik keluarga. Dalam kes penagihan dadah, keluarga dalam budaya mana pun, tidak dapat lari dari menjadi penanggung bersama (*co-dependent*) kebergantungan penagihan dadah (Peterson, 2002). Dalam hal ini, keluarga juga akan bertindak menyembunyikan perasaan mereka yang sebenar dan menafikan realiti yang mereka hadapi (Brooks & Rice, 1997). Ahli keluarga turut mengadaptasi tingkahlaku penagih dadah seperti bercakap bohong dan menafikan penagihan ahli keluarganya kerana menutup aib, mengorbankan keperluan mereka demi mempertahankan ahli yang menagih dan sistem keluarga mereka (Pederson, 2002).

Dari sudut pandangan yang positif, keterlibatan keluarga dengan kesalahan yang dilakukan oleh ahli keluarga mereka, juga boleh dilihat sebagai tindakan mengambil berat dan rasa tanggungjawab yang ikhlas, lahir dari kesetiaan dan kesediaan mempertahankan maruah keluarga. Rasa tanggungjawab ini membuka ruang kepada kesediaan ahli keluarga untuk bekerjasama sesama mereka dalam mengatasi masalah yang menggugat kestabilan sistem keluarga mereka. Semakin kuat ikatan silaturrahim antara ahli keluarga, semakin tinggi tanggungjawab dan rasa bersalah ahli keluarga terhadap salah-laku ahli keluarganya. Kajian ini mengambil andaian ini sebagai salah satu asas yang kuat kepada kesediaan PSP dan keluarga mereka membentuk pakatan

terapeutik dan memberi penilaian yang baik terhadap pendekatan rawatan yang menekankan kepada pakatan terapeutik.

Kajian dalam kalangan PSP di Malaysia, betapa pun hubungan kekeluargaan menjadi tegang oleh tingkahlaku menagih dadah, perasaan bimbang dan takut terhadap kemungkinan kepulangan mereka tidak diterima oleh keluarga dan masyarakat, merupakan perkara yang paling merunsingkan fikiran penagih separa-pulih, sama ada yang sedang menjalani program pemulihan di penjara atau Rumah Pemulihan Dadah Pengasih, (Zall, 1984; 2004).

Itu menunjukkan bahawa keluarga adalah merupakan orang-orang yang signifikan dalam hidup PSP. Dalam satu kajian lain di sebuah pusat pemulihan dadah di Sabah, keputusan kajian mendapati ibu bapa dan keluarga tetap merupakan orang-orang signifikan dalam hidup PSP, manakala 95.5% daripada mereka (PSP) memilih untuk “*kembali ke pangkuan keluarga*” setelah mereka dibebaskan (Zall, Amran & Ismail, 2007). Sokongan sosial terhadap PSP dalam kalangan dalam kalangan ibu bapa, ahli keluarga penagih dan kawan-kawan terhadap PSP juga didapati positif (Zall, Balan & Joki, 2008).

Ibu bapa lazimnya dilihat sebagai individu yang mempunyai komitmen yang tinggi dan sanggup “bergadai bergolok” atau melakukan apa sahaja untuk melihat orang-orang yang mereka sayangi bebas dari gejala penagihan dadah. Dalam hal ini, kecenderungan untuk “Membuang yang keruh dan ambil yang jernih” (Perumpamaan Melayu) adalah

tinggi apabila PSP dan keluarga mereka dapat dibawa berbincang. Ini juga selari dengan pandangan ahli teori sistem mengenai konsep homeostasis. Pandangan ni mengatakan bahawa apabila berlaku sesuatu yang menjejaskan keseimbangan sistem seperti sistem keluarga, ahli keluarga akan berusaha mengembalikan keseimbangannya (Hook, 2008). Lebih baik lagi sekiranya, persepsi positif yang wujud antara satu sama lain ini didorong disemarakkan lagi bagi, memudahkan jalinan kerjasama dan pembinaan pakatan terapeutik. Jelas dinyatakan di sini bahawa, untuk menjamin proses pemulihan (*rehabilitation*) atau kepulihan (*recovery*) penagih separa-pulih yang berjaya, ahli keluarga mereka tidak boleh ketepikan. Ahli keluarga mempunyai pengaruh untuk memotivasi penagih mengatasi tabiat menagih dan membuat perubahan tingkahlaku secara yang serius (Steinberg, Epstein, McCrady, & Hirsch, 1997), demikian juga sikap ingin bekerjasama di pihak PSP boleh mempengaruhi motivasi ahli keluarga. Situasi yang saling mempengaruhi antara PSP dan ahli keluarga mereka boleh membuahkan pakatan dan kerjasama yang sangat positif dalam usaha membina matlamat yang sepunya dan bergerak ke arah pencapaiannya.

Menurut Constantino, Castonguay dan Schut (2002), tidak kira apa pendekatan yang digunakan, untuk memastikan terapi atau kaunseling itu berkesan, ahli terapi perlu mewujudkan ikatan kerjasama yang kuat dengan klien. Ahli terapi perlu berhati-hati kerana sekiranya berlaku perselisihan pendapat mengenai pendekatan terapi atau matlamat kaunseling yang hendak dicapai, klien mungkin tidak akan memberi kerjasama dan menarik diri sebelum masalah mereka dapat diatasi. Bordin (1979) telah sekian lama menganggap pakatan kerja atau pakatan terapeutik antara klien dengan ahli

terapi sebagai kunci kepada resipi psikoterapi yang berjaya. Pakatan kerja juga dilihat sebagai petunjuk yang paling baik dan konsisten kepada keputusan rawatan yang positif (Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991). Manakala Orlinsky, Grawe, dan Parks, (1994) mengatakan bahawa pada umumnya kekuatan pakatan, sebagai petunjuk kepada keputusan terapi, didapati lebih baik dari jenis terapi yang digunakan, jangka masa rawatan, atau lain-lain aspek proses terapi secara individu. Dalam terapi keluarga, pakatan dengan ibu bapa yang kuat dijangka dapat mengurangkan pengambilan dadah dan tingkahlaku yang mempunyai hubungan dengannya (Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander, & Kogan, 2006; Liddle, 2002; NIDA, 1999).

Pendekatan terapi yang menekankan pakatan terapeutik terbukti berkesan. Di Barat, walaupun masyarakatnya rata-rata mengamalkan budaya individualisme, kajian-kajian pakatan terapeutik mendapati pakatan antara ahli terapi dengan klien, dan ahli terapi dengan keluarga klien menghasilkan keputusan yang menggalakkan (Horvath, 1994a; Perkinson, 2002; Shirk & Karver, 2003; Corey, 2008; Gladding, 2009). Penglibatan ahli keluarga dalam sesi kaunseling merupakan bahagian penting dalam rawatan penagih dadah masa kini (Hook, 2008). Malahan, bagi masyarakat Melayu di Malaysia, nilai budaya kolektivisme Timur yang mendasari hubungan keluarga yang kukuh dan saling bergantung antara seorang ahli keluarga dengan ahli yang lain (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997; Matsumoto & Juang, 2008) merupakan satu kelebihan yang menjamin penglibatan keluarga yang menyeluruh berbanding dengan masyarakat individualisme Barat.

Sebagai contoh, McPherson, Smith-Lovin, & Brashears (2006) melaporkan, “*The American population has lost discussion partners from both kin and outside the family. The largest losses, though, come from neighborhood and community ties.*” Ini memungkinkan penggunaan pakatan terapeutik lebih berkesan dalam persekitaran budaya kolektivisme. Dengan lain perkataan, peluang membentuk pakatan terapeutik bagi mencapai matlamat kaunseling dan terapi, dalam kalangan ibu bapa, PSP dan ahli terapi, dalam konteks masyarakat kolektivisme Melayu Malaysia adalah cerah.

Kajian dalam kalangan penagih separa pulih (PSP) yang sedang menjalani program pemulihan dadah mendapati walaupun mereka mengamalkan gaya hidup yang berlandaskan sub-budaya dadah, sebahagian besar daripada mereka tidak menyimpang terlalu jauh daripada budaya majoriti. Mereka masih mengakui bahawa ibu bapa dan keluarga adalah penting bagi mereka, masih menganggap “keluarga” bagi mereka merujuk kepada keluarga besar (*extended family*) atau keluarga kolektivisme tradisional yang mengandungi datuk, nenek, ibu, bapa, abang, kakak, dan adik (Zall, Amran & Ismail, 2007).

Daripada sudut pandangan ini, terdapat kemungkinan yang boleh diterokai untuk menggunakan kekuatan nilai-nilai kerjasama, kebergantungan sesama ahli, kesetiaan dan keakuran kepada keluarga, dan kecenderungan individu mengidentifikasi diri mereka dengan keluarga, sebagai sumber terapeutik dalam menangani masalah pemulihan dadah dan relaps. Dengan lain perkataan, pengkaji mengandaikan bahawa pendekatan terapi keluarga yang memberi penekanan kepada elemen pakatan terapeutik

(*therapeutic alliance*; Rogers, 1957) atau pakatan kerja ( *working alliance*; Bodin, 1979), dan peka kepada nilai-nilai budaya Melayu adalah sesuai digunakan ke atas PSP Melayu yang berada pada fasa akhir program pemulihan dadah institusi (PUSPEN, AADK atau Penjara) di negara ini.

Untuk mengangkat elemen pakatan terapeutik dalam kajian ini, satu modul pendekatan terapi keluarga dibina dengan mengambil kira multibudaya dan diversiti klien. Modul ini dikenali sebagai Terapi Kelompok Keluarga Kolektif atau *Collective Family Group Therapy* (CFGT). Keperluan pendekatan multibudaya penting kerana dalam konteks kajian ini, PSP dan keluarga mereka adalah dua kelompok individu yang mempunyai persepsi dan *worldview* yang amat berbeza khususnya dalam isu penggunaan dan pemulihan dadah. Walaupun mereka berasal dari budaya yang sama (budaya Melayu) ia tidak menjamin persamaan gaya hidup dan kepercayaan adalah sama. Lebih-lebih lagi persepsi terhadap baik buruk penggunaan dadah.

Sebagai contoh, menurut Ivey & Ivey (2007), multibudaya dan diversiti secara umum meliputi bangsa/etnik, jantina, orientasi seksual, bahasa, spiritual, umur, keupayaan/ketidakeupayaan fizikal, status ekonomi, lokasi geografi dan sebagainya. Individu dari budaya yang sama mungkin berbeza daripada segi jantina, orientasi seksual, spiritual, umur, dan kajian ini mengambil dadah atau tidak mengambil dadah.

Pandangan ini menyarankan bahawa individu dilahirkan ke dalam konteks budaya dengan kepercayaan, nilai, peraturan dan amalan yang dikongsi bersama, namun, pada satu tahap perkembangan melalui proses sosialisasi dan alkulturasi, mereka menjadi pengamal sub-budaya yang berbeza dari budaya aliran perdana. Dengan memulihkan hubungan silaturrahim dan membina pakatan terapeutik, PSP mungkin dapat dibawa balik ke pangkuan keluarga dan mengamal semula budaya majoriti.

Berlatar belakangkan nilai budaya ini, pengkaji mengandaikan bahawa, pendekatan terapi keluarga yang memberi penekanan kepada elemen pakatan terapeutik (*therapeutic alliance*; Rogers, 1957) atau pakatan kerja (*working alliance/therapeutic alliance*) (Bordin, 1979), amat sesuai dimulakan di akhir Program Pemulihan Dadah Institusi (PUSPEN atau Penjara). Kejayaan membentuk kesepakatan untuk mencapai matlamat (mengekang relaps) dijangka akan membuahkan kecenderungan malahan komitmen dalam kalangan ahli kelompok untuk meneruskan kelompok mereka di luar persekitaran institusi (di dalam persekitaran keluarga / komuniti), setelah penagih separa-pulih (PSP) menamatkan program pemulihan mereka di pusat-pusat pemulihan atau penjara.

Bagi menguji kekuatan atau pentingnya pakatan terapeutik kepada subjek kajian (orang Melayu), pengkaji menyarankan pembinaan pakatan antara penagih separa pulih dengan ahli keluarga mereka. Umum mengetahui, hubungan penagih dadah atau penagih separa pulih (PSP) dengan keluarga mereka sentiasa tegang. Konflik antara mereka meliputi semua aspek sosiopsikologi-spiritual. Ahli keluarga khususnya perlu berani menerima

komen dan kritikan masyarakat berhubung dengan penagihan ahli keluarga mereka, menimbangkan baik-buruk menerima PSP kembali ke pangkuan mereka dengan merujuk kepada pengalaman lalu bersama PSP. Dalam hal ini, dorongan dan pegangan yang kuat ke arah memulihkan hubungan silaturrahim antara ahli keluarga menjadi asas kepada kesediaan ahli keluarga dan PSP membina pakatan terapeutik. Menurut Bordin (1979), keupayaan mengadakan pakatan antara dua pihak yang berkonflik ini lazimnya menjana banyak manfaat terapeutik. Malahan, terdapat ahli teori dan hasil penyelidikan yang menyarankan bahawa membina model psikoterapi berlandaskan idea memperbaiki keretakan pakatan atau hubungan terapeutik adalah satu langkah yang baik (Safran & Muran, 2000).

### **1.2.1 Keluarga, Budaya dan Pakatan Terapeutik**

Keluarga dan budaya mempunyai hubungan yang rapat dan saling melengkapi. Ini kerana, keluarga adalah unit ataupun kelompok individu yang terbentuk sebagai sebahagian dari komuniti dan masyarakat yang lebih besar, manakala budaya secara mudah, merujuk kepada cara atau kaedah menjalani kehidupan yang dipersetujui bersama oleh sesebuah kelompok atau komuniti. Pandangan ini bersesuaian dengan definisi umum budaya yang dikemukakan oleh Axelson (1999) yang mana, merujuk budaya sebagai, “ *any group or people who identify or associate with one another on the basis of some common purpose, need, or similarity of background.*” Definisi budaya Axelson berbeza dari definisi keluarga yang lain disebabkan tiada penekanan yang diberikan kepada persamaan dari segi pertalian darah, keturunan, atau pertalian



yang diikat menggunakan peruntukan undang-undang khususnya perkahwinan dan anak angkat.

Lazimnya, sebuah keluarga berada dalam satu budaya, kecuali dalam kes perkahwinan campur, ahli keluarga berkongsi pelbagai elemen budaya seperti pengalaman yang dipelajari, kepercayaan atau agama, dan juga nilai. Matsumoto dan Juang (2008) juga mendefinisi budaya daripada aspek perkongsian sistem makna dan informasi yang unik, oleh sesebuah kelompok dan disebarkan kepada seluruh generasi. Dengan demikian, ahli kelompok dan komuniti boleh menggunakan maklumat dan makna yang diterjemahkan ini untuk memenuhi keperluan kelangsungan (*survival*), mencapai kebahagiaan dan kesempurnaan, dan menjana pengertian mengenai kehidupan.

Sebagai unit penting dalam penyebaran budaya, keluarga menyebarkan pelbagai maklumat mengenai manusia seperti ciri-ciri fizikal dan biologikal, tingkahlaku, muzik, tarian, dan lain-lain aktiviti (Matsumoto & Juang, 2008). Ahli keluarga, malahan semua manusia, merupakan agen yang membawa budaya secara implisit dan psikologikal ke semua situasi, konteks dan interaksi seperti ke sekolah, ke tempat kerja, perjumpaan dengan kawan-kawan dan sesama ahli keluarga. Sifat budaya yang agak stabil dan meliputi semua aspek kehidupan, menjadikan keluarga sangat bergantung kepada budaya dalam pengurusan dan perjalanannya yang harmoni setiap masa. Berbagai pantang larang yang bermula daripada tingkah laku ‘sebelum makan perlu basuh tangan’ sehinggalah kepada ‘perlu menghormati orang-orang yang lebih tua’, ‘patuh kepada ajaran dan nasihat ibu bapa’, serta ‘tidak melanggar undang-undang negara’. Dalam hal ini, matlamat asas

penyebaran budaya dalam kalangan keluarga dan masyarakat adalah untuk mewujudkan keharmonian dalam kalangan ahli-ahlinya.

Menurut Goldenberg dan Goldenberg (2008), keluarga lebih dari satu kumpulan individual yang berkongsi satu ruang fizikal dan psikologikal. Ia melibatkan satu set peraturan, lengkap dengan peranan-peranan yang perlu dimainkan oleh setiap ahli di dalamnya, mempunyai struktur kuasa yang tersusun, bentuk komunikasi yang bersifat terlindung dan terbuka, serta mempunyai kaedah permesyuaratan dalam mengatasi masalah. Ini menjadikan semua urusan yang berkaitan dengan keluarga dapat dilaksanakan dengan berkesan. Hubungan antara ahli-ahlinya sangat erat dan bersifat multigenerasi dan berlandaskan kepada latar belakang sejarah yang dikongsi bersama. Kasih sayang, kesetiaan dan kestabilan keahlian menjadi ciri utama semua keluarga dan seterusnya membezakannya dari sistem sosial yang lain (Terkelson, 1980). Sekiranya berlaku krisis dalam kalangan ahli keluarga, betapa berat sekali pun, keluarga lazimnya akan bertindak mencari jalan mengatasi masalah yang wujud bagi memastikan keutuhannya. Ahli keluarga akan bekerjasama untuk mewujudkan hubungan positif antara mereka, berusaha memenuhi keperluan antara satu dengan lain, bersedia menangani perkembangan dan perubahan ahli-ahlinya (seperti anak meninggalkan keluarga kerana mendapat kerja atau berkahwin).

Ahli kepada sesuatu keluarga juga turut berkongsi persepsi, pandangan dan pegangan yang sama mengenai dunia dan kehidupan, di samping memiliki peraturan dalam bentuk norma dan nilai yang perlu dipatuhi oleh semua ahlinya. Menurut Constantine (1986), dalam sistem keluarga, peraturan seperti “Siapa respons kepada siapa, bila, dan bagaimana?” menjadikan kesetiaan dituntut untuk meletakkan ahli-ahlinya dalam satu ikatan emosi yang kuat. Tahap kekuatan ikatan ini mempunyai naik turunnya tetapi berterusan sepanjang hayat sesuatu keluarga (Goldenberg & Goldenberg, 2008).

Kemasukan ahli baru ke dalam sistem keluarga, lazimnya melalui kelahiran, diterima sebagai anak dan sebagai anak angkat sekiranya anak itu ‘diangkat’. Keluarga akan mengindoktrin ahli-ahlinya, di samping itu, membenarkan juga ahlinya memiliki otonomi seperti untuk tidak tinggal di bawah satu bumbung yang sama (Goldenberg & Goldenberg, 2008). Dalam proses membesar, ahli keluarga membina identiti masing-masing secara individu namun mereka tetap terikat kepada keluarga asal mereka dan mengekalkan imej keluarga. Mereka tidak hidup secara terpisah-pisah, sebaliknya sentiasa saling bergantung kepada satu dengan lain dalam pelbagai aspek dan keperluan seperti kasih sayang, *esteem*, rasa kekitaan, sosial dan sebagainya. Kisah tentang keluarga, khususnya tentang susur galur dan kejayaan-kejayaan menjadi aspek penting kelangsungan keluarga dan di ceritakan dari satu generasi ke satu generasi yang lain bagi memastikan kesinambungannya. Dengan demikian, secara semula jadi faktor-faktor ini membenihkan pakatan dan kerjasama yang menjadi teras kepada

pembentukan matlamat bagi memastikan kesinambungan sesuatu keluarga bagi jangka masa yang panjang.

Santrock (2009) melihat keluarga sebagai satu kumpulan sub-sistem kepada satu keseluruhan sistem yang kompleks. Ia terdiri daripada bahagian-bahagian yang saling berkait dan berinteraksi. Keluarga boleh didefinisikan dalam bentuk generasi dan peranan. Secara mudah ia bermaksud, datuk mewakili generasi terawal, ibu dan bapa mewakili generasi yang berada di tengah-tengah, dan anak sebagai satu generasi termuda, sekiranya dalam keluarga tidak ada cucu. Setiap ahli keluarga pula mengambil bahagian dan berperanan dalam beberapa sub-sistem (Fiese dan Winter, 2008). Ibu dan bapa, bapa dan anak, dan ibu-bapa-anak membentuk sub-sistem masing-masing secara berasingan. Namun setiap subsistem ini mempunyai pengaruh yang resiprokal ke atas satu sama lain (Belsky, 2009). Menurut Belsky (1981), hubungan perkahwinan, kaedah keibubapaan, dan tingkahlaku bayi serta perkembangannya, boleh memberi kesan secara langsung atau tidak langsung ke atas setiap satu sub-sistem. Pengaruh ibu bapa ke atas tingkahlaku anaknya boleh dilihat sebagai kesan secara langsung. Manakala kaedah perhubungan suami isteri yang menjadi pemangkin kepada cara seorang ibu atau bapa bertingkah laku terhadap anak mereka, merupakan kesan tidak langsung (Hsu, 2004).

Satu ciri keluarga yang penting khususnya bagi keluarga yang mengamalkan budaya kolektivisme ialah keluarga besar (*extended family*). Menurut Matsumoto dan Juang (2008), keluarga besar merupakan ciri keluarga yang penting bagi proses tumbesaran kanak-kanak. Dalam keadaan sumber-sumber yang terhad seperti pendapatan kecil untuk membiayai penjagaan anak bagi ibu yang bekerja, ahli keluarga dari keluarga besar seperti emak saudara, lazimnya akan membantu meringankan beban tersebut. Pertalian silaturrahim yang kuat dalam kalangan keluarga kerap meletakkan tanggungjawab membantu ahli keluarga yang memerlukan mengatasi tuntutan mendapatkan ganjaran kewangan. Bapa merupakan ketua keluarga yang bertanggungjawab membiayai perbelanjaan keluarga, namun datuk dan bapa atau emak saudara juga kerap kali turut bersama membantu keluarga memenuhi berbagai keperluan ekonomi dan sosial. Dalam budaya tradisi kolektivisme Melayu Minangkabau misalnya, ada ketikanya kuasa bapa saudara mengatasi kuasa ahli keluarga yang lain khususnya dalam menentukan hal kebajikan anak saudara perempuan mereka (Suwanto, 2006).

Sikap mengambil berat dan bertanggungjawab dalam kalangan ahli keluarga, menjadi aspek penting kepada kerjasama sekiranya salah seorang atau lebih dari kalangan ahli keluarga terlibat dengan gejala yang tidak diinginkan seperti penagihan dadah atau alkohol. Pakatan dan kerjasama atau kualiti keutuhan keluarga yang baik boleh diharapkan untuk membantu ahli keluarga bertahan, keluar daripada masalah dan

bangkit semula daripada kemungkinan kemusnahan (Goldenberg & Goldenberg, 2000). Penyelewengan ahli keluarga dari batas budaya yang di amalkan tidak bermakna sistem keluarga berkenaan telah musnah atau gagal mengawal tingkah laku ahli-ahlinya. Sebaliknya menurut Goldenberg dan Goldenberg (2000), keadaan ini dapat dilihat sebagai simptom wujudnya keperluan kepada peningkatan kompetensi dalam kalangan ahli keluarga bagi merangsang perubahan yang bersifat korektif. Dengan lain perkataan, apabila seseorang ahli keluarga menghadapi masalah, keperluan kepada pakatan dan kerjasama ahli keluarga yang lain dalam bentuk pertolongan atau bantuan adalah meningkat.

Menurut Hawley dan DeHaan (1996), keutuhan sistem keluarga merupakan proses perkembangan yang unik bagi setiap keluarga. Ia membolehkan keluarga membina respons-respons yang adaptif kepada stres, dan dalam keadaan tertentu, respons ini berkembang serta menjadi lebih efektif dalam menangani stres. Contoh wujudnya keutuhan dalam sistem sesebuah keluarga ialah; bagaimana ahli keluarga berhabisan-habisan membantu ahli keluarga misalnya yang mengalami masalah ketagihan dadah dan menimbulkan stres kepada keluarga, dan bagaimana ahli keluarga turut membantu masyarakatnya dalam program-program pencegahan dadah.

Pendekatan yang melihat kefungsian keluarga sebagai berpotensi untuk diperbaiki ini, meletakkan keutuhan sistem keluarga sebagai dasarnya yang menyokong “model cabaran” yang bertentangan dengan “model kemusnahan” (Wolin & Wolin, 1993). Keupayaan ahli keluarga bekerjasama yang didorong oleh keutuhan hubungan keluarga dalam menghadapi sebarang krisis atau masalah memperlihatkan kesungguhan keluarga untuk menerima masalah sebagai cabaran yang perlu di atasi bersama. Sebaliknya, kewujudan masalah dalam sesebuah keluarga tidak dilihat sebagai petanda kepada kemusnahan keluarga. Walsh (1996) berpendapat bahawa keutuhan hubungan merupakan kunci kepada kepulihan. Menurut beliau;

*How a family confronts and manages a disruptive experience, buffers stress, effectively reorganizes, and moves forward with life will influence immediate and long-term adaptation for all family members and for the family unit (p. 267).*

### **1.2.2 Perbezaan Budaya dan Pengaruhnya ke Atas Pakatan Terapeutik**

Secara perbandingan gaya hidup yang berlandaskan budaya Barat adalah berbeza dengan gaya hidup orang-orang Timur. Namun begitu, kehidupan kita di dalam perkampungan global yang dihubungi oleh internet, sistem pesanan ringkas, telefon, jet dan perdagangan antara bangsa, perkongsian pelbagai elemen yang sama di dalam kehidupan kita setiap hari di seluruh dunia sudah menjadi satu kebiasaan. Dari jenis-jenis makanan yang kita makan hinggalah kepada cara kita berpakaian, mempelajari bidang-bidang pelajaran dan akademik, hinggalah kepada peraturan-peraturan dan perundangan, kita banyak melakukan perkara-perkara yang sama. Ini berlaku disebabkan oleh berlakunya penerapan elemen-elemen dari budaya besar yang dominan oleh budaya yang lebih kecil melalui proses akulturasi.

Pada peringkat individu, tahap penerapan elemen budaya besar ini bergantung kepada sejauhmana pendedahan individu terhadap budaya tersebut. Sebagai contoh, di Amerika majoriti rakyatnya mengamalkan budaya individualisme yang memberi tekanan kepada kontruks seperti “kendiri” dan “autonomi”. Pendedahan individu pada tahap yang tinggi kepada idea budaya besar ini boleh mempengaruhi bagaimana individu mengkonsepsikan pelbagai elemen seperti terapi, kesihatan, dan perubahan tingkahlaku, dan hubungan manusia ( Blume, Cruz, dalam Marlatt & Donovan, 2005).



Hofstede (1980), dalam kajian yang asalnya mengemukakan empat dimensi yang boleh digunakan untuk membezakan budaya. Seterusnya pada tahun 2001, berdasarkan hasil kajiannya yang berjaya mengumpul respons dari lebih 117,000 orang pekerja, dari 72 negara, dalam 20 bahasa yang berbeza dan meliputi 7 tahap pekerjaan, kepada 63 item nilai, beliau menyarankan satu lagi dimensi tambahan kepada dimensi asal yang beliau sarankan sebelumnya. Ini menjadikan kesemua dimensi yang beliau sarankan untuk membezakan budaya, termasuk dimensi yang baru, menjadi lima; i) individualisme lawan kolektivisme ii) jarak kuasa iii) mengelakkan diri dari perkara yang tidak pasti iv) lelaki lawan wanita, dan v) orientasi jangka masa panjang lawan jangka masa pendek.

Dimensi pertama, individualisme lawan kolektivisme merujuk kepada tahap dorongan yang diberikan oleh budaya, sama ada memberi tumpuan hanya kepada keluarga terdekat atau keluarga adik beradik yang lain termasuk bapa atau emak saudara serta sepupu. Secara umum, ini membezakan budaya masyarakat Eropah Barat, Amerika, Australia, New Zealand dan Kanada (Santrock, 2009) dengan sebahagian besar negara Timur seperti Jepun, China, India dan Tenggara Asia (Matsutomo & Juang, 2008) termasuk Malaysia. Kedua-dua jenis budaya ini mempunyai perbezaan yang ada kalanya membawa kepada ketegangan apabila pengamal budaya-budaya yang berbeza ini prejudis terhadap satu dengan lain. Sebagai contoh, Santrock (2009) mengatakan terdapat satu andaian yang tidak dipertikaikan bahawa individualisme adalah baik dan keakuran (idea yang dikongsi bersama sebagai “representasi sosial”) adalah buruk. Beliau berkata, wira budaya individualisme seperti Sherlock Holmes dan Luke

Skywalker sentiasa menentang peraturan-peraturan yang diinstitusikan. Pengamal budaya individualisme menyanjung hak individu dan mengagungkan mereka yang menentang kelompok yang menginstitusikan peraturan. Alexis de Tocqueville, tokoh yang mengemukakan istilah “individualisme” mengatakan, pengamal individualisme tidak berhutang kepada sesiapa, dengan itu *“anything and hardly expect anything from anybody. They form the habit of thinking of themselves in isolation and imagine that their whole destiny is in their hands.”*

Dalam masyarakat kolektivisme, sikap sedemikian tidak diterima dan dianggap sebagai mementingkan diri sendiri. Memberi perhatian kepada kepentingan diri sendiri yang berlebihan bukan satu perkara yang disenangi bagi kebanyakan masyarakat negara-negara seperti Asia, Amerika Utara dan Afrika yang mengamalkan budaya kolektivisme. Dalam kalangan masyarakat ini, komuniti amat dihargai dan keakuran diutamakan. Pelajar mempamerkan keharmonian dengan memakai unifom sekolah, manakala kebanyakan pekerja memakai uniform yang mengidentifikasikan mereka dengan organisasi yang mereka wakili (Santrock, 2009).

Dimensi kedua yang dikemukakan oleh Hofstede (1980) adalah jarak kuasa. Dimensi ini merujuk kepada sejauhmana budaya mendorong ahli-ahli keluarga yang kurang berkuasa menerima kuasa yang dibahagikan dalam keluarga secara yang tidak sama. Pembahagian kuasa dalam kalangan keluarga yang mengamalkan budaya kolektivisme adalah lebih menyeluruh. Dari ayah yang dibantu oleh ibu sebagai ketua keluarga hinggalah kepada kuasa yang diberikan kepada anak sulung, dan anak-anak yang lain mengikut kedudukan mereka dalam keluarga. Pembahagian ini diterima dengan rasa akur dan hormat. Sebaliknya, dalam budaya individualisme, individu merasa tidak selesa apabila mereka dilabel sebagai seorang komformis (Santrock, 2009). Mengekalkan keunikan diri (*self-distinctiveness*) merupakan asas identiti mereka (Vignoles, Chryssochoou, & Breakwell, 2000). Dalam keluarga individualisme, individu tidak terikat untuk menghormati kedudukan atau akur kepada seseorang yang lebih tua daripada mereka. Sebagai contoh, meninggikan suara atau memanggil ibu bapa atau ahli keluarga yang lebih tua dengan menggunakan nama pertama, tidak dianggap kasar atau biadap.

Dimensi Hofstede (1980) yang ketiga ialah mengelakkan diri dari perkara yang tidak pasti. Dimensi ini merujuk kepada sejauh mana orang merasa terganggu oleh situasi yang tidak diketahui, seterusnya membina kepercayaan, institusi, atau ritual untuk mengelakkan dari ketidakpastian. Dimensi ini menghuraikan keperluan spiritual dan kepercayaan kepada Tuhan. Dari satu perspektif yang menganggap manusia tidak berdaya melawan atau mengawal pelbagai malapetaka seperti gempa bumi, banjir, angin ribut dan tsunami, serta merasa amat tertekan. Maka kepada Tuhan atau kepada

apa sahaja yang mereka persepsikan sebagai mempunyai kuasa yang lebih kuat seperti benda-benda yang ghaib, roh, semangat dan benda-benda yang besar, atau luar biasa yang dipercayai menyebabkan fenomena alam di luar kawalan mereka inilah yang mereka sembah dan memohon perlindungan. Dalam mencari perlindungan ini, mereka melakukan pelbagai ritual sebagai usaha memohon bantuan dan perlindungan tersebut.

Daripada perspektif yang lain, manusia dilihat mampu menguasai fenomena alam dengan menguasai sains dan teknologi. Walaupun fenomena seperti gempa bumi dan tsunami tidak dapat dicegah, tetapi manusia boleh mencegah dari mengalami kerosakan yang teruk dengan membuat kajian-kajian dan perancangan awal untuk menghadapinya. Walau bagaimanapun, terdapat juga kelompok masyarakat yang menggunakan kedua-dua perspektif dimensi ini, iaitu percaya kepada Tuhan atau kuasa ghaib yang lebih kuat, di samping menggunakan keupayaan akal dan sains.

Dimensi keempat Hofstede (1980) ialah lelaki lawan wanita. Dimensi ini dicirikan oleh dua pola; 1) kejayaan, wang, dan material, dan 2) perihal perhubungan, mengambil berat tentang orang lain dan kualiti kehidupan. Kedua-dua ciri ini merujuk kepada pengagihan rol emosi antara lelaki dan wanita. Budaya menetapkan rol seorang lelaki adalah untuk mencari wang dan material untuk memenuhi keperluan ahli keluarganya, manakala seorang wanita dipertanggungjawabkan untuk mendidik anak-anak dan mengurus rumah tangga. Dimensi ini mungkin agak sukar dipertahankan apabila faktor-faktor pendidikan, kemiskinan dan kefahaman agama turut mempengaruhi pembahagian rol dalam kalangan lelaki dan wanita di seluruh dunia. Sebagai contoh,

Pew Global (2003) dalam satu survei yang dijelaskannya di seluruh dunia, mendapati kebanyakan negara dunia memilih “Suami dan isteri bekerja, dan berkongsi memenuhi keperluan rumah tangga” berbanding dengan “Suami sahaja menyediakan semua keperluan material yang diperlukan oleh seisi rumah”. Pilihan kedua hanya melibatkan negara-negara Islam seperti Mesir (34:66%) dan Pakistan (34:66%) dan Jordan (37:62%). Di negara seperti Indonesia (54:46%) dan Bangladesh (55:45%), pegangan bahawa suami sahaja bertanggungjawab mencari nafkah untuk keluarga mungkin terpaksa diketepikan disebabkan tahap kemiskinan keluarga yang tinggi. Begitu juga, faktor kemiskinan yang di anggap mempengaruhi pemilihan masyarakat negara-negara miskin di Afrika seperti Ivory Coast (11:89%), Angola (12:87%), Ghana (14:84%) dan Kenya (78:20%).

Dimensi terakhir ialah orientasi jangka masa panjang lawan jangka masa pendek. Dimensi terakhir Hofstede (2001) ini merupakan dimensi tambahan kepada empat dimensi asalnya (Hofstede, 1980). Ia merujuk kepada sejauh mana budaya mendorong ahli-ahlinya melengahkan gratifikasi material, sosial, dan keperluan emosi dalam kalangan ahlinya. Ini merujuk kepada sama ada sesuatu masyarakat itu lebih mementingkan material atau lebih menekankan aspek kepentingan sosial dan emosi ahli keluarganya. Terdapat masyarakat yang mementingkan material dengan menjadikannya asas kepada kejayaan hidup mereka. Sebaliknya, terdapat juga masyarakat yang lebih menumpukan kepada nilai-nilai yang bersifat intrinsik dan mengutamakan keharmonian dan hubungan silaturrahim. Menurut Hofstede (2001) secara umum, kita dapat melihat perbezaan budaya itu berdasarkan kepada tinggi atau

rendahnya ciri-ciri budaya yang mewakili dimensi-dimensi ini. Sebagai contoh, dalam masyarakat Melayu Malaysia, orang merasa kurang senang jika dilabelkan sebagai materialistik atau “*mata duitan*” walaupun umum mengetahui bahawa manusia bekerja atau melakukan kegiatan ekonomi bertujuan untuk “*mencari wang*”. Dalam budaya ini, orang alim atau ustaz, lebih mulia pada mata masyarakat berbanding dengan seorang ahli perniagaan yang sentiasa bekerja keras untuk mengumpul kekayaan.

Teori Hofstede (2001) khususnya mengenai pembahagian budaya masyarakat dunia kepada individualisme dan kolektivisme. Menurut Sue dan Sue (2003), menggariskan budaya Barat sebagai individualisme dan Timur sebagai kolektivisme sebenarnya adalah kurang tepat. Mereka memberi contoh masyarakat Amerika sendiri (negara besar yang mengamalkan budaya individualisme) masih terdapat banyak budaya-budaya minoriti yang tidak terpengaruh dengan budaya individualisme. Kelompok masyarakat ini lebih terdorong untuk mengamalkan nilai-nilai budaya kolektivisme yang menekankan kepada kehidupan yang saling bergantung. Mereka lebih mengutamakan perhubungan silaturrahim sesama ahli kelompok mereka berbanding dengan nilai autonomi (Sue & Sue, 2003).

Peranan ahli masyarakat minoriti ini lebih banyak diputuskan dalam kelompok mereka sendiri dan ini mungkin berbeza dari masyarakat majoriti Amerika. Peranan ahli keluarga berbeza mengikut susunan kelahiran dalam keluarga, dan susunan kelahiran juga meletakkan tanggungjawab tertentu ke atas anak-anak dalam struktur keluarga (Sue & Sue, 2003). Oleh sebab kehidupan keluarga dan perhubungan silaturrahim merupakan paksi kebanyakan budaya kelompok minoriti ini, peranan dan pertalian keluarga menjadi amat penting dan mempunyai pengaruh yang kuat ke atas individu berbanding dengan pengaruh keluarga dalam masyarakat individualisme (Blume & Cruz, 2005).

### **1.2.3 Gaya Hidup Masyarakat Kolektivisme Melayu**

Menurut Ismail (1991), adalah sukar untuk menjelaskan identiti orang Melayu disebabkan terdapat perubahan-perubahan yang terlalu bergantung kepada keadaan dan kepentingannya. Dari segi budaya, definisi Melayu meliputi Malaysia, Indonesia, Filipina dan lain-lain. Sebagai contoh, Aris (1983) mendefinisi orang Melayu dari segi sosiobudaya, merangkumi etnik-etnik yang tinggal di luar perbatasan Malaysia seperti etnik Minangkabau, Jawa, Bugis, Banjar, Mandaling, dan lain-lain. Sebaliknya menurut Perlembagaan Malaysia, Fasal 160, dari segi undang-undang, Melayu ditakrifkan sebagai hanya meliputi penduduk Malaysia seperti berikut;

”... seseorang yang menganut agama Islam, lazimnya bercakap bahasa Melayu, menurut adat istiadat Melayu, dan

- a) Lahir sebelum Hari Merdeka di Persekutuan atau Singapura atau ibu bapanya lahir di Persekutuan atau Singapura, atau pada hari Merdeka ini adalah permastautin di Persekutuan atau di Singapura, atau
- b) Ia adalah keturunan seseorang yang tersebut”.

Definisi Melayu mengikut Perlembagaan Malaysia membuka pintu kepada sesiapa sahaja untuk menjadi Melayu dengan syarat seseorang itu memeluk agama Islam, pandai berbahasa Melayu dan mengamalkan adat istiadat orang Melayu. Sebagai contoh, orang Cina, India dan lain-lain bangsa boleh menjadi Melayu jika dia melaksanakan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Perlembagaan Malaysia (Ismail, 1991). Orang dari lain-lain etnik yang menganut agama Islam lazimnya dikatakan sebagai ”masuk Melayu”.

Husin (1979) menghurai orang Melayu dari segi luarannya, mengatakan bahawa orang Melayu berkulit sawo matang, berbadan sederhana besar serta tegap dan selalu berhemah tinggi, lembut serta berbudi bahasa. Orang Melayu juga menghargai tingkah laku yang bersopan santun. Menurut Ismail (1991) pula, sumber yang baik untuk melihat nilai-nilai asli Melayu ialah tradisi kesusasteraan rakyat yang merupakan pengucapan kesusteraan orang Melayu yang terawal. Nilai-nilai orang Melayu seperti berbudi, menghormati ibu bapa atau yang lebih tua, merendah diri, pemurah, menegakkan kebenaran, tolong- menolong atau bermuafakat sesama ahli masyarakat,



mengutamakan perpaduan, mematuhi adat, dan keterbukaan kepada perubahan, menurut Ismail (1991) terpancar melalui puisi lama, perumpamaan, pantun, peribahasa dan perbilangan. Dengan demikian, mengkaji hasil kesenian ini akan memberikan kita kefahaman yang mendalam tentang nilai dan budaya orang-orang Melayu. Sebagai contoh, pantun lama di bawah ini menghurai nilai budi yang indah dan amat sukar dilupakan.

Yang merah itu saga,  
Yang kurik itu kundi,  
Yang indah itu bahasa,  
Yang baik itu budi.

Pisang emas dibawa belayar  
Masak sebiji di atas peti  
Hutang emas boleh dibayar  
Hutang budi dibawa mati.

Meletakkan budi kedudukan yang begitu tinggi dalam kehidupan keluarga dan masyarakat menjadikan ahli masyarakat ini amat akur kepada ibu bapa yang merupakan orang yang paling banyak berbudi dan paling dihormati. Ibu bapa tidak boleh dipanggil menggunakan nama sahaja. Perbuatan sedemikian dianggap biadap dan “kurang ajar” atau kurang sopan. Nilai budaya ini juga terdapat di dalam Perbilangan Adat Melayu seperti berikut;

Yang tua dimuliakan  
yang muda disayangi  
sama besar hormat menghormat.

(Perbilangan Adat Melayu)

Menghormati dan membenarkan ketua atau orang-orang yang lebih tua atau lebih tinggi status sosialnya mengetuai atau mewakili ahli-ahli keluarga atau masyarakat adalah nilai yang ditanam dalam setiap individu sejak masih kecil lagi. Merujuk kepada dimensi kedua yang membezakan budaya (Hofstede, 2001), di sini dapat dilihat wujudnya tahap persetujuan yang tinggi, dalam kalangan ahli keluarga yang mendapat agihan kuasa yang rendah, untuk tidak mempersoalkan agihan kuasa yang lebih tinggi yang diperuntukkan kepada ahli keluarga yang lebih tua. Penerimaan ini ditunjukkan secara implisit dan eksplisit. Sebagai contoh, adalah menjadi pantang larang bagi orang-orang Melayu apabila ahli keluarga yang lebih muda menyampuk orang tua sedang bercakap, mereka perlu akur kepada nasihat, tunjuk ajar, dan tidak boleh bercakap kasar serta

berkelakuan biadap terhadap ibu bapa. Hukuman terhadap pelanggaran nilai menghormati ibu bapa atau durhakan diterjemahkan dalam bentuk kesusasteraan rakyat Melayu lama seperti cerita-cerita penglipur lara Si Tanggang dan Si Malin Kundang. Watak utama dalam kedua-dua cerita ini, akhirnya dimakan sumpah menjadi batu kerana mendurhaka terhadap sumpah ibu (ibu bapa) mereka.

Berikut ialah nilai-nilai yang sangat signifikan dalam kalangan orang-orang Melayu yang dipetik dalam bentuk kesusasteraan rakyat Melayu lama.

**Nilai merendah diri:**

Adakah hilang bias ular menyusur akar

Mutiara jatuh ke limbahan adakah hilang cahayanya

Bawa resmi padi

Makin berisi, makin tunduk.

(Peribahasa)

**Nilai pemurah:**

Jika mendapat sama berlaba  
kehilangan sama berugi  
yang ada dimakan bersama  
hati gajah sama dilapah  
hati kuman sama dicecah  
banyak diberi berumpuk  
sedikit beri bercecah  
besar kayu besar bahannya  
(Perbilangan adat Melayu)

**Nilai kebenaran:**

Berani kerana benar  
takut kerana salah  
Air bersalurkankan bambu  
manusia bersalurkankan kebenaran  
(Peribahasa)

**Nilai tolong-menolong:**

Berat sama dipikul, ringan sama dijinjing  
yang tidak ada sama dicari  
sama sakit sama senang  
ke bukit sama mendaki  
ke lurah sama menuruni  
menghayun sama melangkah  
jika khabar buruk serentak didatangi  
jika jauh ingat mengingat  
jika dekat temu menemui  
dapat sama laba, hilang sama rugi  
(Perbilangan adat Melayu)

**Nilai tolong menolong atau muafakat antara penduduk kampung:**

Bulat air kerana pembentung  
bulat manusia kerana muafakat  
faham sesuai, benar seukur  
bulat segolek, pipih selayang  
rundingan jangan selisih  
muafakat jangan bercanggah  
tuah pakat sekata  
beramai pada seiya.  
(Puisi Lama Melayu)

**Nilai perpaduan:**

Ibarat telur sesangkar  
pecah sebiji pecah semua  
cubit paha kiri  
paha kanan pun sakit.

Seikat seperti sirih  
Serumpun seperti ayam  
Sedencing seperti besi  
Suku tak boleh dianjak  
Melompat sama patah  
Menyerdup sama bongkok  
Jalan sedondon  
Selenggang seayun.  
(Perumpamaan Melayu)

**Nilai mematuhi adat:**

Hidup dikandung adat

mati dikandung tanah.

Biar mati anak

jangan mati adat.

Adat sepanjang jalan

cupak sepanjang betung.

Keduduk di atas tikar

uratnya dari Melaka

duduk kita atas tikar

hendak membilang adat pusaka.

**Sifat keterbukaan kepada perubahan;**

Usang diperbaharui

lapuk disokong

yang elok dipakai

yang buruk dibuang

jika singkat harap diulas

panjang harap dikerat

rumput harap disisit.

(Perbilang Adat Melayu)

Nilai-nilai warisan Melayu di atas, di samping peraturan-peraturan yang diperkenalkan melalui ajaran agama Islam, telah sekian lama digunakan secara maksimum untuk menangani pelbagai masalah sosial seperti penagihan dadah. Semangat tolong-menolong yang diwarisi boleh digerakkan bagi mewujudkan pakatan antara ibu bapa dan ahli keluarga untuk “bergotong-royong” mengatasi masalah penyalahgunaan dadah. Pepatah Melayu turut menyarankan supaya yang “Ringan sama dijinjing, berat sama dipikul; ke bukit sama di daki, ke lurah sama dituruni.” Pepatah Melayu ini bermaksud bertolong-tolongan dalam semua pekerjaan, baik senang mahupun susah (Ainon & Abdullah, 2005).

Dalam hal ini, dapatlah disimpulkan bahawa budaya kolektivisme sangat menggalakkan kerjasama untuk mengatasi sesuatu masalah atau melakukan sesuatu pekerjaan. Bagi PSP, nasihat yang disampaikan dalam bentuk bidalan Melayu, “Sesat di hujung jalan, balik ke pangkal jalan” yang bermaksud sebaik sahaja sedar akan sesuatu kesilapan, segeralah insaf, perbetulkanlah kesilapan tersebut dan jangan mengulanginya lagi’ adalah amat sesuai untuk dijadikan renungan dalam usaha mengatasi masalah kepulihan mereka.



#### **1.2.4 Pengaruh Islam Ke Atas Pakatan Dalam Masyarakat Kolektivisme Melayu**

Satu lagi dimensi penting untuk memahami orang-orang Melayu adalah dengan memberi perhatian kepada agama mereka iaitu Islam. Agama ini mula tersebar di alam Melayu sejak abad ke-13 Masihi, turut mencorakkan budaya dan kehidupan orang Melayu. Kepentingan Islam sangat menonjol sehingga ia dikatakan sebagai pra-syarat dalam menjadikan seseorang itu "Melayu" (Husin Ali, 1979). Menurut VanDer Kroef (1956), Melayu tanpa Islam diibaratkan sebagai diri tanpa nyawa. Pengaruh Islam ke atas kehidupan orang Melayu di Malaysia adalah menyeluruh. Islam mengubah pandangan dunia orang Melayu daripada mempercayai dewa-dewa dari pengaruh kepercayaan Hindu kepada mempercayai Allah, Nabi-Nabi, Rasul, Malaikat, Kitab suci al-Quran, Hari Akhirat dan Qadak dan Qadar. Ini diikuti dengan mengamalkan ibadah dalam Rukun Islam seperti solat lima waktu, berpuasa di bulan Ramadhan, mengeluarkan zakat, dan menunaikan rukun haji. Kebiasaan adat membaca mantera yang dilakukan sebelum sesuatu majlis digantikan dengan pembacaan surah al-Fatihah, surah al-Ikhlâs, dan diikuti oleh bacaan doa (Sidin, 1964). Masjid dan surau menjadi pusat ibadat dan tempat untuk berbincang tentang urusan kehidupan dan keagamaan. Imam biasanya menjadi orang yang dihormati oleh penduduk kampung dan membantu dalam banyak aspek perjalanan dan pengurusan di peringkat kampung.

Pengaruh Islam turut diterjemahkan ke dalam sistem pemerintahan negara. Sistem pemerintahan Malaysia hingga ke hari ini, walaupun sebagai sebuah negara majmuk berbilang kaum, menjadikan Islam sebagai teras dengan meletakkan Islam sebagai agama rasmi. Sultan yang merupakan kuasa pemerintahan feudal yang tertinggi, memegang jawatan ketua agama bagi semua negeri yang beraja, dan Yang Dipertuan Agong bagi negeri-negeri yang tiada beraja seperti Melaka, Pulau Pinang dan Wilayah Persekutuan. Jawatan mufti, kadi, hakim Mahkamah Syariah, penghulu dan iman merupakan jawatan rasmi kerajaan – jawatan-jawatan yang dibayar gaji oleh kerajaan.

Usaha untuk menyatupadukan rakyat melalui Dasar Kebudayaan Kebangsaan yang berasaskan kebudayaan Melayu, dengan sendirinya meletakkan nilai-nilai Islam sebagai prinsip yang penting dalam pelaksanaan dasar tersebut (Ismail, 1991). Nilai-nilai Islam yang diterapkan ke dalam budaya kebangsaan di Malaysia adalah merupakan juga merupakan nilai-nilai yang bersifat universal yang positif seperti i) menghormati kebaikan dan membenci kejahatan, ii) membentuk sikap suka berbakti kepada negara, iii) menghapuskan sikap tidak bertanggungjawab dalam menjalankan tugas-tugas yang diberikan, iv) menghasilkan perkhidmatan yang cekap dan bermutu, v) melatih diri dengan disiplin, vi) menjalankan tugas dengan sikap yang amanah dan jujur, vi) menghormati dan berbaik-baik dengan jiran tetangga.

Pengaruh Islam ke atas orang Melayu berjaya menghapuskan sebahagian besar pengaruh animisme dan Hindunisme yang dipusakai dari budaya Melayu lama. Dalam arus pemodenan yang dikuasai oleh budaya individualisme Barat, Islam turut menyuburkan nilai-nilai kolektivisme yang baik dan mempunyai nilai terapeutik seperti semangat nilai berbudi dan berbahasa, nilai rendah diri, nilai pemurah, nilai kebenaran, nilai tolong menolong atau muafakat sesama ahli masyarakat (bergotong-royong), nilai perpaduan, menghormati ibu bapa dan orang-orang tua dan nilai mematuhi adat. Ini kerana nilai sedemikian adalah selari dengan nilai Islam yang menekankan kepada menghormati ibu bapa dan kesejahteraan kehidupan berkeluarga dan bermasyarakat. Sebagai contoh, dalam budaya Melayu melawan ibu bapa adalah di label sebagai “durhaka”. Di dalam Islam Allah melarang seorang anak meninggikan suaranya terhadap ibu bapa walau pun sekadar berkata “ah!” (Al-Quran, Surah Al-Israa’ ayat 23-24).

Ajaran agama Islam yang selari dengan nilai budaya Melayu dalam hal menghormati ibu bapa mewajibkan anak-anak sejak kecil supaya akur kepada ibu bapa. Dari segi pengaruh, ini menjadikan ibu bapa mempunyai kuasa mengawal ke atas anak-anak mereka adalah lebih kuat dan konsisten. Nilai bermuafakat dan bekerjasama sesama ahli keluarga menjadi lebih terurus dengan ibu bapa mempunyai agihan kuasa yang besar dan diperteguhkan oleh ajaran agama. Konsep tanggungjawab dan berkorban demi kepentingan keluarga lazimnya dikaitkan dengan identiti dan maruah keluarga. Peraturan yang tidak disebut seperti ‘ahli keluarga bertanggungjawab menjaga maruah diri’ untuk keluarga menjadi perkara penting yang perlu diberi perhatian oleh ahli

keluarga. Tingkahlaku mereka jangan sampai “Menconteng arang di muka keluarga” (perumpamaan Melayu) yang bermaksud memalukan atau menjatuhkan maruah keluarga. Sekiranya peraturan ini diingkari, individu terdedah kepada hukuman yang diperuntukkan oleh nilai budaya dan agama. Bagi kes yang berat dan amat memalukan keluarga, hukuman budaya kerap berkisar kepada tindakan memutuskan hubungan seperti “tidak mengaku anak” oleh ibu bapa atau dipulau oleh masyarakat, manakala hukuman dimasukkan ke neraka adalah hukuman di hari akhirat.

#### **1.2.5 PSP dan Pemencilan dari Budaya Majoriti**

Hukuman “tidak mengaku anak” oleh ibu bapa dan keluarga terhadap ahli keluarga yang menjadi penagih dadah lazimnya termasuklah diusir keluar dari rumah. Mereka sebelumnya mungkin telah dibuang kerja dan tiada mata pencarian, namun masih mendapat bantuan dari keluarga, kini hilang segalanya termasuk tempat penginapan (rumah keluarganya). Bagi memenuhi keperluan ini, mereka mungkin menumpang di rumah kawan-kawan yang sama-sama menagih, atau tinggal di bawah jambatan atau di kaki-kaki lima bangunan di bandar-bandar dan sebagainya. Hidup mereka hanya berlegar dalam dunia dan percubaan mereka untuk menjawab persoalan-persoalan seperti bagaimana untuk mendapat wang membeli dadah dan bagaimana, di mana, dengan siapa dadah yang diperoleh digunakan. Keadaan ini menjadi rutin utama mereka seharian dan keadaan ini merupakan tahap pemencilan peringkat pertama, keluarga bukan lagi sebahagian daripada hidup mereka. Untuk meneruskan hidup mereka dengan cara mereka sendiri, mereka tidak memerlukan keluarga.

Pemencilan berterusan sehinggalah penagih ditangkap, dipenjara atau dimasukkan ke pusat pemulihan dadah. Lazimnya apabila diberitahu, mungkin sebahagian dari keluarga akan datang melawat mereka di pusat-pusat pemulihan ini, sedangkan sebahagian yang lain tidak merasa perlu malahan sudah bosan dengan tingkahlaku penagih yang ‘sering keluar masuk penjara’.

Masalah pemencilan seterusnya berlaku setelah mereka keluar atau dibebaskan dari institusi-institusi pemulihan ini. Lazimnya apabila dibebaskan dari penjara atau pusat-pusat pemulihan lebih selesa untuk pulang ke tempat di mana ramai kawan-kawan yang pernah sama-sama menasih dengan mereka tinggal dan kembali menasih. Namun demikian, kajian juga menunjukkan sebahagian besar dari mereka cenderung untuk kembali ke pangkuan keluarga (Zall, 1984;2004). Memang terdapat sebahagian dari mereka benar-benar pulang ke rumah keluarga, tetapi ramai pula antara mereka yang menjadikan kepulangan mereka hanya untuk sementara sahaja. Pelbagai alasan diberikan termasuklah menyertai kumpulan-kumpulan sokongan yang dengan sengaja dan terancang untuk memencilkan diri mereka daripada masyarakat.

Fenomena pemencilan kelompok sokongan daripada masyarakat majoriti boleh dilihat berdasarkan kepada sejarah penubuhan pergerakan *Alcoholic Anonymous* atau *Narcotic Anonymous* itu sendiri. Di Amerika dan Eropah, fenomena tersebut berpunca kurangnya bantuan yang diberikan oleh para profesional, pihak berkuasa kesihatan, dan umumnya sistem sosial. Sebagai contoh, AA sebagai sebuah prototaip kumpulan sokong bantu (*self-help*), bermula dari ketidak upayaan para profesional perubatan mengubati masalah alkoholisme secara yang berkesan (Johnson & Phelps, 1991). Usaha mereka walau bagaimanapun, telah berkembang menjadi pergerakan yang menguntungkan beratus ribu penagih di seluruh dunia.

Salah satu sebab yang mendorong kelompok sokong bantu mengambil langkah menutup pintu, malahan telah dijadikan sebagai salah satu polisi mereka ialah takut kehilangan kawalan atau dikuasai oleh “orang luar” (bukan penagih atau bekas penagih). White (2000) dalam satu artikelnya mengatakan perasaan takut, tahap kepercayaan yang rendah dan rasa tidak selamat ini adalah berpunca dari keinginan untuk terus memastikan hak mereka yang berterusan ke atas kelompok atau organisasi yang telah mereka tubuhkan.

*“Successful (recovery) movements bring together multiple stakeholders with diverse agendas, while guarding against attacks from persons and institutions whose interests are threatened by the new movement. As local recovery advocacy movements emerge, defining friends and enemies of the movement is not always easy. It is best not to enter into alliance until one’s own organizational identity (mission, core values) has solidified”.*

*“The most significant danger at this stage is the tendency of the movement to move toward professionalization and bureaucratization. The risk is that the focus and passion that spawned the organization get lost in the shift in focus from why things are done and their effects to a preoccupation with how things are done”*

Pandangan di atas menjelaskan kepada kita bahawa polisi dan peraturan pemencilan yang diamalkan oleh pergerakan ini bertujuan semata-mata untuk memastikan kejayaan yang telah mereka usahakan sekian lama tidak terlepas ke tangan orang lain. Walau bagaimana pun, Soyez dan Broekaert (2005) berpendapat bahawa polisi menutup pintu kepada dunia luar ini hanyalah merugikan pertubuhan itu sendiri. Menurut mereka,

*“A renewed attention to its humanistic roots can preserve the TC from becoming just another substance abuse treatment modality. However good functioning of TC as humanistic organization also requires openness, professionalism, and scientific input. Those elements are as safeguards against destructive charismatic leadership and insularity”.*

Perspektif yang dipelopori oleh pengasas pergerakan pemulihan dadah yang juga terdiri daripada penagih dadah, di dorong oleh rasa kecewa terhadap pendekatan masyarakat aliran perdana yang mereka lihat sambil lewa dan tidak efektif ((Johnson & Phelps, 1991). Lazimnya, konsep atau idea utama mereka mengenai cara terbaik mengatasi penagihan dadah tidak semestinya selari dengan kehendak masyarakat aliran perdana. Bagi mereka, orang yang paling memahami diri dan masalah penagihan mereka adalah mereka sendiri.

Bagi masyarakat individualisme, konsep pemencilan dari arus perdana mungkin dapat diterima dengan mudah kerana apa yang penting bagi mereka ialah kecemerlangan individu itu sendiri. Keupayaan individu berfungsi sebagai seorang yang normal, walaupun terus mengambil dadah, sebagai gantian kepada dadah pilihan, boleh diterima dan tidak dianggap mengganggu keharmonian hubungan masyarakat. Dengan itu, kemungkinan pengaruh sub-budaya dadah dan pemencilan dari arus budaya majoriti akan diteruskan dalam proses kepulihan mereka.

### **1.2.6 Akulturasi dan Enkulturasi dalam Mengekang Relaps**

Dalam kajian ini, proses enkulturasi merujuk kepada sejauh mana individu mengidentifikasi dengan budaya etnik tradisionalnya (budaya bebas penagihan), manakala akulturasi merujuk kepada sejauh mana individu mengidentifikasi dirinya dengan sub-budaya dadah. Para pengkaji yang mengkaji bidang akulturasi dan impaknya ke atas terapi menyarankan bahawa rawatan yang memadankan tahap



akulturasi dengan pendekatan terapi mungkin penting untuk menjayakan rawatan (Blume & Cruz, 2005). Sebagai contoh, sekiranya klien daripada etnik minoriti yang mempunyai tahap akulturasi rendah, intervensi yang menggunakan tahap akulturasi yang tinggi adalah sesuai. Kemahiran yang digunakan untuk mendekati klien yang menyerupai pendekatan yang lebih hampir kepada kemahiran yang digunakan dalam budaya masyarakat majoriti mungkin kurang berkesan (Sue & Sue, 2003). Walau bagaimana pun, menurut Marlatt dan Donovan (2005), tidak banyak yang diketahui mengenai keberkesanan kemahiran pencegahan relaps yang tradisional ke atas individu yang mempunyai tahap akulturasi yang rendah tetapi masih mempunyai tahap enkulturasi yang tinggi.

Terdapat kajian yang menyarankan bahawa latihan kemahiran boleh membantu mempertingkatkan keberkesanan pencegahan namun terdapat juga tingkahlaku penagihan, dalam kalangan kelompok minoriti yang tidak dapat dijelaskan bagaimana tahap akulturasi dan enkulturasi mendorong atau mengganggu pembelajaran kemahiran ini. Secara intuitif, memadankan kemahiran dengan tahap akulturasi / enkulturasi diperlukan walaupun kajian yang lebih banyak perlu dilakukan untuk memahami cara membuat pemadanan dengan lebih tepat (Blume & Cruz, 2005).

Garrett and Pichette (2000 ) telah memformulasi lima jenis enkulturasi budaya seperti berikut;

i. Tradisional

Individu mungkin bercakap sedikit bahasa majoriti (contohnya Inggeris), berfikir dalam bahasa etniknya, dan mengamalkan adat, norma-norma dan mengamalkan kaedah penyembahan tuhan yang tradisional.

ii. Marginal

Individu mungkin bercakap bahasa majoriti dan bahasa etniknya tetapi sudah tidak lagi mengamalkan warisan budayanya dan tidak diterima sepenuhnya oleh masyarakat majoriti.

iii. Budaya

Individu mahir dalam kedua-dua nilai budaya dan boleh berkomunikasi dalam konteks yang berbeza.

iv. Asimilasi

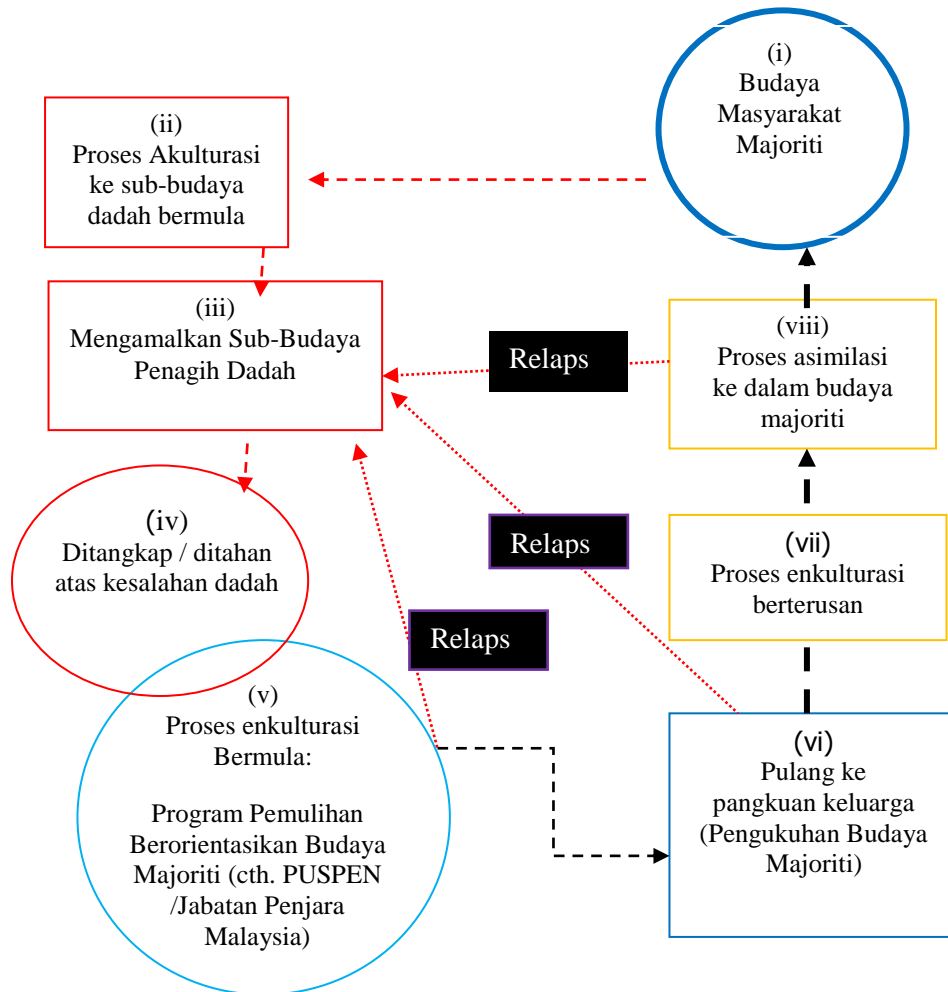
Individu mengamalkan hanya nilai-nilai, tingkah laku dan jangkauan budaya majoriti.

v. Pan-tradisional

Individu telah mengamalkan nilai-nilai budaya majoriti, namun ia masih berusaha secara sedar untuk kembali kepada cara hidup “lamanya.”

Blume & Cruz (2005) memberi beberapa contoh masalah yang wujud dalam kalangan orang-orang India Amerika. Kata mereka jenis masalah, proses terapeutik dan matlamat yang sesuai dengan orang-orang India Amerika yang tinggal di perkampungan (*resevation*) mungkin amat berbeza daripada jenis masalah, proses terapeutik dan matlamat yang sesuai dengan kehidupan orang-orang India Amerika yang mengekalkan sebahagian daripada kepercayaan tradisional mereka dan tinggal dibandar. Isu orang-orang India Amerika yang marginal atau mereka yang telah mengalami proses asimilasi ialah i) penafian dan tidak merasa bangga sebagai Orang Asli Amerika ii) tekanan untuk mengamalkan nilai-nilai budaya majoriti iii) merasa bersalah kerana tidak tahu atau tidak mengamalkan budaya tradisional mereka; iv) mempunyai pandangan negatif terhadap orang asli Amerika, dan v) mempunyai sokongan dan sistem kepercayaan yang rendah.

Dalam konteks PSP yang sedang menjalani hukuman atau pemulihan dalam organisasi seperti AADK, sebahagian besar daripada mereka boleh dianggap sebagai berada dalam sub-budaya dadah dan budaya utama. Hidup di dalam Pusat Pemulihan Narkotik (PUSPEN) membentuk satu masyarakat PSP yang besar dan boleh menyuburkan lagi sub-budaya dadah. Bagi mereka yang masih kuat berpegang kepada nilai-nilai sub-budaya dadah, mereka masih cenderung berbincang tentang keseronokan dan kenikmatan kesan dadah dan perkara-perkara yang mendorong kepada pengambilan semula dadah. Sebaliknya bagi mereka yang mempunyai tahap enkulturasi yang tinggi, pengisian program pemulihan yang menekankan nilai budaya majoriti akan memberi kesan yang baik terhadap proses pemulihannya.



Rajah 1.1: Model Penagihan dan Pemulihan Dadah Dari Perspektif Budaya dan Relaps  
(Proses Akulturasi, Enkulturasi dan Asimilasi Budaya)

Rajah 1.1 menunjukkan contoh model proses akulturasi, enkulturasi dan asimilasi serta kesan program pemulihan yang pengisiannya berorientasikan nilai-nilai budaya majoriti yang dijalankan di pusat pemulihan di Malaysia; (i) Proses akulturasi bermula apabila individu dari budaya majoriti cenderung untuk menyalahguna dadah (ii) Sedikit demi sedikit dia memasuki dan mengamalkan sub-budaya penagih dadah (iii) Penglibatan secara

langsung dengan sub-budaya penagih dadah berlaku apabila individu benar-benar menjadikan dadah sebagai keperluan utama dalam kehidupannya (iv) Apabila individu dipaksa (ditangkap dan dihukum) menjalani pemulihan dadah, dia turut dipaksa melalui proses enkulturasi atau kembali mengamalkan nilai-nilai budaya datuk nenek mereka sendiri yang diterapkan ke dalam modul rawatan dan pemulihan dadah (v) Bagi individu yang benar-benar memilih untuk kembali ke pangkuan keluarga mereka akan terus pulang ke pangkuan keluarga dan masyarakat sebaik sahaja tamat menjalani pemulihan (vi) Bekas pelatih PUSPEN atau banduan dadah yang telah menamatkan program dadah menjalani proses kepulihan dan enkulturasi dengan meletakkan asimilasi ke dalam masyarakat sebagai matlamatnya(vii) PSP yang benar-benar insaf akan mengasimilasi budaya majoriti dengan terus berada dengan keluarga dan masyarakat majoriti.

Rajah 1.1 juga menunjukkan, relaps boleh berlaku pada mana-mana tahap atau proses kepulihan. Pertama, individu yang mempersepsi mereka ditahan di PUSPEN atau penjara secara paksaan atau tanpa kerelaan mereka, sebaik sahaja bebas mereka akan terus kembali kepada tabiat menagih dadah. Kedua, setelah kembali ke pangkuan keluarga tetapi tidak mendapat sokongan yang diharapkan, mereka juga akan kembali menagih dadah. Ketiga, individu sudah berjaya menjalani proses kepulihan bagi satu tempoh yang agak lama, tetapi kembali mengambil atas alasan dan sebab-sebab yang pelbagai.

Kaedah pemulihan yang disediakan oleh PUSPEN berorientasikan nilai-nilai budaya majoriti utama seperti bersikap jujur terhadap diri sendiri dan orang lain, mematuhi peraturan-peraturan organisasi, masyarakat, negara dan agama, pada peringkat awal proses pemulihan, mereka tidak dengan rela hati malahan merasa tertekan untuk mengamalkan nilai-nilai budaya majoriti. Namun demikian setelah melalui proses pemulihan dalam tempoh yang panjang, pengisian nilai masyarakat majoriti boleh menghalang proses akulturasi sub-budaya dadah yang berterusan dan mendorong proses enkulturasi kepada budaya majoriti. PSP yang telah sedar akan ketelanjuran mereka akan menjadikan enkulturasi sebagai agenda pemulihan mereka. Seperti contoh yang diberikan oleh Blume & Cruz (2005), mereka yang merasa bersalah kerana tidak mengamalkan budaya tradisional mereka, mula membentuk pandangan negatif terhadap sub-budaya dadah, dan dengan sokongan pihak pengurusan pusat pemulihan seperti kaunselor, pegawai pemulihan dan sistem sosial yang lain, tahap enkulturasi yang sesuai dapat dicapai pada akhir proses pemulihan.

Secara ideal, tahap akulturasi, perlu di padankan dengan klien dan ahli terapi, juga antara klien dengan pengisian terapi. Oleh itu, sebelum berlatih dalam kemahiran kompeten dalam dwi-budaya, ahli terapi perlu mengetahui tahap akulturasi klien ke dalam budaya dadah, atau tahap enkulturasi klien dalam budaya tradisionalnya. Walau bagaimanapun, menurut Sue dan Sue (2003) lagi, mengenal pasti tahap akulturasi sahaja tidak mencukupi untuk menilai identiti etnik. Ada kalanya, klien mungkin juga mempunyai tahap identifikasi yang tinggi (atau rendah) dengan budaya majoriti dan minoriti. Identiti etnik dalam hal ini telah dilihat sebagai mengidentifikasi atau

menyerupai budaya saingannya. Dengan demikian, tahap identifikasi dengan kedua budaya perlu dinilai disebabkan akulturasi sahaja, tidak akan dapat memberi matlumat yang mencukupi untuk menentukan pendekatan rawatan yang sesuai untuk klien dan ahli terapi. Program intervensi boleh dibentuk dalam usaha meningkatkan dan memperkenalkan kompetensi dwi-budaya bagi membolehkan klien daripada masyarakat minoriti dan majoriti menggunakan latihan kemahiran yang sesuai dalam interaksi antara mereka.

### **1.2.7 Kajian Pakatan Terapeutik Di Barat**

Pakatan terapeutik merujuk kepada “*the degree to which the client and therapist care about one another and agree on the goal and tasks of therapy*” (Rogers, 1957). Sejak 40 tahun yang lalu, kajian psikoterapi memberi perhatian kepada penyelidik tentang proses terapeutik (mekanisme perubahan klien) bertujuan untuk menghasilkan metod psikoterapi yang lebih efektif (Goldenberg & Goldenberg, 2008). Bukti-bukti terdahulu menunjukkan, pada sekitar tahun 1980-an, konsensus telah dicapai dalam kalangan penyelidik bahawa psikoterapi, sebagai proses rawatan generik, “. . . was demonstrably more effective than no treatment” (VandenBos, 1986). Seterusnya, lebih kurang tiga puluh tahun yang lalu, keputusan kajian-kajian yang dijalankan mendapati pakatan terapeutik yang berkualiti merupakan “*a modest yet robust predictor of treatment outcome in individual psychotherapy with adults*” (Horvath, 1994; Horvath & Lubrosky, 1993; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Dalam sampel klien pada peringkat dewasa, pakatan terapeutik yang diukur pada awal rawatan terapi, didapati merupakan petunjuk yang lebih baik sedikit

berbanding dengan pakatan yang diukur pada tahap pertengahan perjalanan rawatan terapi (Horvath, & Seymond, 1991; Hovath, 1994). Literatur kajian semakan yang terkini mendapati 75% klien mendapat manfaat dari menjalani psikoterapi, dengan sedikit perbezaan antara satu rawatan dengan rawatan yang lain (Lambert & Ogles, 2004). Bagi terapi pasangan dan keluarga, terdapat penyelidikan yang membuktikan bahawa modaliti ini berkesan bagi kebanyakan kecelaruan dan masalah hubungan dalam kalangan kanak-kanak, remaja dan orang dewasa (Pinsof & Wynne, 2000; Friendlander & Tucson, 2000).

Pakatan terapeutik (Rogers, 1957) atau pakatan kerja (Bordin, 1979) telah menjadi salah satu konsep utama penyelidikan bagi ramai para pengkaji psikoterapi kontemporari (Horvath, 1994a; Perkinson, 2002). Corey (2008) menyifatkan penggunaan kontruks pakatan terapeutik merupakan satu perkembangan dalam hubungan terapeutik yang sangat signifikan khususnya dalam terapi yang beroreintasikan psikoanalitik. Ia melibatkan hubungan kaunselor dengan klien berlandaskan kepada kerjasama, saling hormat-menghormati, menunjukkan minat yang sebenar dan mengambil berat terhadap masalah klien. Hubungan kerja sebegini amat berbeza dengan model yang tidak mesra seperti yang diamalkan oleh ahli-ahli terapi psikodinamik klasik. Gladding (2009) merujuk pakatan kerja sebagai hubungan sebenar antara kaunselor dengan klien. Menurut beliau, kemahiran dan kualiti interpersonal dalam bentuk pakatan kerja kaunselor-klien boleh menjurus kepada pemahaman sendiri dan pencapaian matlamat terapi.



Terdapat beberapa faktor yang telah mendorong para pengkaji memberi perhatian kepada kajian empirikal mengenai konsep ini sejak pertengahan tahun 1970an lagi (Horvath, 1994a). Secara ringkas, faktor-faktor tersebut termasuklah kemajuan proses metodologi penyelidikan (Benjamin, 1974; Kiesler, 1973; Rice & Greenberg, 1984); kemunculan minat baru terhadap faktor umum pakatan (Grencavage & Norcross, 1990); kemajuan model eklektik pakatan (Bordin, 1979) yang memperluaskan teori dan kajian ke atas pakatan di luar bidang terapi psikodinamik, dan kemunculan peralatan yang mempunyai tahap kebolehpercayaan lebih tinggi untuk mengukur konstruk pakatan dan dimensinya (Horvath & Luborsky, 1993). Kajian-kajian tersebut mendorong kemunculan beberapa trend yang meyakinkan para pengkaji dan pengamal mengenai peranan pakatan terapeutik yang berkesan dalam rawatan psikososial.

Martin, Garske dan Davis (2000) mendapati, keputusan daripada analisis-meta dan kajian individu telah menunjukkan sokongan yang kuat terhadap peranan pakatan terapeutik ke atas keputusan psikoterapi. Walau bagaimanapun, kebanyakan kajian mengenai pakatan tertumpu pada terapi individu dan untuk orang dewasa sahaja dan terlalu sedikit perhatian diberikan kepada terapi yang berasaskan keluarga. Secara perbandingan, lebih banyak kajian-kajian empirikal mengenai terapi yang dihubungkan dengan keputusan rawatan dan pakatan bagi orang dewasa daripada kanak-kanak dan remaja (Kasdin, Seigel, & Bass, 1990; Shirk & Saiz, 1992). Dalam satu kajian meta-analisis, bagi tempoh 1973 hingga 2000, hanya 18 kajian, termasuk 5 disertasi Doktor Falsafah yang tidak diterbitkan, didapati mengkaji hubungan antara pakatan terapeutik

dengan keputusan terapi dalam kalangan kanak-kanak dan remaja (Shirk & Karver, 2003). Keputusannya menunjukkan, satu korelasi min pada tahap .24, iaitu satu tahap yang identikal dengan yang diperoleh daripada sampel orang dewasa. Walau bagaimanapun, dua dari dapatan kajian-kajian tersebut berbeza dari segi makna dan bahan yang dilaporkan dalam literatur sampel orang dewasa. Penilaian yang dibuat oleh ahli terapi dan ibu bapa mengenai pakatan kanak-kanak dan remaja dengan keputusan rawatan adalah lebih tinggi daripada laporan yang dibuat sendiri (*self-report*) oleh sampel kanak-kanak dan remaja. Shirk and Karver (2003) melaporkan, fenomena ini mungkin boleh diatribusikan khususnya kepada penilaian ke atas kanak-kanak dan remaja yang tinggi terhadap pakatan yang telah mengakibatkan kesan siling dan akhirnya menyebabkan menurunkan validiti skor prediktif (Kendall et. al., 1997).

Dalam kajian ke atas orang dewasa, Shirk and Karver (2003) telah melaporkan satu korelasi pada tahap .27 antara pakatan yang diukur pada akhir terapi dengan keputusan rawatan (walau pun pakatan yang dinilai dibuat pada peringkat awal rawatan). Bagi menjelaskan persoalan kenapa dapatan tidak dapat dibandingkan, Shirk and Karver (2003) membuat kesimpulan bahawa sehingga ini, "... *there is very little support for predictive association between relationship variables and outcomes*" (p.461) bagi kelompok umur ini. Shirk and Karver (2003) juga mendapati bahawa hubungan terapeutik adalah lebih prediktif terhadap kejayaan rawatan dalam kalangan kanak-kanak dan remaja yang mempunyai simptom luaran berbanding dengan simptom dalaman.

Dalam satu penyelidikan yang dikenali sebagai *Canabis Youth Treatment* (CYT), kajian ke atas 600 orang remaja yang menjalani lima jenis rawatan penagihan bahan yang dianggap terbesar dan menggunakan metodologi yang baik (Dennis, Titus, Diamond, Babor, Godley, Tims., Webb, Liddle, & Scott, 2002), para pengkaji yang menganalisis laporan yang dibuat sendiri oleh subjek (*self-report*) mengenai pakatan yang diukur pada awal rawatan. Keputusannya mendapati bahawa, jangkaan mengenai penggunaan bahan oleh responden dan masalah yang berkaitan dengan penggunaan bahan, boleh dibuat bagi tiga dan enam bulan dalam tempoh susulan. Walau pun CYT melibatkan lima rawatan yang berasaskan individu dan keluarga yang berbeza, perhatian tidak diberikan kepada perbezaan antara rawatan tersebut.

Menurut Liddle (2002), kajian ke atas peranan pakatan terapeutik dalam terapi keluarga adalah penting jika dilihat dari beberapa aspek; pertama, sebahagian besar remaja yang menerima intervensi berasaskan kekeluargaan mempamerkan simptom luaran seperti menyalahgunakan bahan dan delinkuen. Kedua, terdapat sokongan yang agak tinggi terhadap model intervensi berasaskan kekeluargaan bagi populasi remaja (Alexander, Holtzworth-Munroe, & Jameson, 1994; Liddle & Dakof, 1995; Stanton & Shadish, 1997). Ketiga, oleh kerana model-model yang berasaskan kekeluargaan melibatkan penyertaan pelbagai pihak, ia memerlukan perkembangan dan pengekalan pelbagai pakatan (seperti pakatan ahli terapi dengan remaja, ahli terapi dengan orang dewasa dan ahli terapi dengan ibu bapa). Keadaan ini menimbulkan persoalan klinikal mengenai peranan yang unik bagi setiap pakatan dalam proses terapi, di samping tahap keberkesanan interaksi antara pakatan.

Terdapat pengkaji yang menyarankan pentingnya mengadakan pakatan dengan ibu bapa remaja yang menunjukkan kecelaruan tingkahlaku. Ini kerana, ibu bapalah lazimnya yang menghantar anak remaja untuk mendapatkan rawatan. Merekalah yang sebenarnya sangat berhajatkan kepada perubahan anak-anak mereka, dan mereka juga yang mendengar kebanyakan permintaan untuk mengadakan perubahan (Pinsof & Catherall, 1986). Terdapat juga pengkaji yang menekankan peri pentingnya membentuk pakatan dengan remaja / klien yang menunjukkan kesungguhan dan keinginan untuk menjalani rawatan. Liddle (1995) berpendapat, hanya apabila klien percaya bahawa ahli terapi faham dan menghargai percubaan dan aspirasi mereka, maka terapi akan bertukar daripada bersifat peribadi kepada sesuatu yang lebih bermakna untuk di capai, dan rawatan akan berakhir dengan kejayaan.

Lazimnya, setiap pakatan akan memberi kesan kepada satu atau beberapa aspek keputusan rawatan (Liddle, 2002). Kesan interaktif antara pakatan yang berbeza seperti yang disarankan oleh sistem teori ialah keputusan rawatan yang mungkin merupakan kesan kekuatan pengaruh sesuatu pakatan yang di selaraskan oleh pakatan yang lain (Pinsof & Catherall, 1986). Sebagai contoh, pakatan antara ahli terapi dengan ibu bapa mungkin diperlukan untuk mendorong kesan dari sederhana ke paras yang tinggi pakatan ahli terapi dengan remaja atau sebaliknya.

### **1.2.8 Terapi Keluarga, Pakatan Terapeutik dan Penagihan Bahan**

Menurut Perkinson (2002), pendekatan yang paling berkesan untuk menggerakkan motivasi dan mengubah tingkahlaku pergantungan terhadap bahan atau dadah adalah pendekatan kelompok. Salah satu pendekatan kelompok yang didapati mempunyai kesan yang baik dalam mengatasi pelbagai masalah termasuk masalah penagihan dadah ialah terapi keluarga (Liddle, 2002). Faktor keibubapaan dapati menunjukkan respon yang baik kepada rawatan dan pencegahan dadah, berlandaskan kepada andaian bahawa perubahan dalam persekitaran keluarga boleh mencegah atau mempercepatkan pengurangan masalah kanak-kanak dan remaja. Di samping itu, gaya keibubapaan juga boleh berubah walaupun selepas tingkahlaku yang bermasalah itu berlaku dan menjadi kelaziman (Connell, Dishion, Yasui, & Kavanagh, 2007).

Terdapat banyak bukti yang menyokong asas teori intervensi yang berlandaskan kepada pendekatan keluarga. Perubahan dalam dinamika keluarga dilihat sebagai kaedah penting untuk mengawal semula perkembangan remaja yang tersasar. Analisis ke atas kaedah penyeliaan menunjukkan perubahan proses dan sesetengah faktor yang tertentu seperti komunikasi dan kawalan ibu bapa ke atas anak-anak remaja, boleh digunakan untuk meramal masalah penggunaan bahan dan kenakalan (Dishion, Nelson, Kavanagh, 2003; Komro, Perry, Williams, Stigler, Farbaksh, Veblen-Mortenson, 2001).

Terapi keluarga, walau bagaimanapun adalah berbeza daripada terapi kelompok yang lain kerana ia melibatkan ahli keluarga yang sebenar (*family of origin*) selain daripada ahli terapi. Hasil kajian menunjukkan bahawa ahli keluarga mempunyai pengaruh dalam memotivasikan penagih dadah untuk berhenti mengambil dadah atau mencegah mereka daripada melakukan perkara-perkara yang lebih merbahaya (Steinberg, Epstein, McCrady, & Hirsch, 1997). Secara perlahan-lahan, penglibatan keluarga dalam sesi kaunseling telah menjadi bahagian penting dalam rawatan penagihan dadah. Ahli-ahli teori sistem yang berpegang kepada konsep homeostasis percaya bahawa terdapat kecenderungan yang kuat dalam sistem keluarga untuk mengimbangi homeostasis keluarga khususnya dalam menghadapi perubahan yang kritikal. Apabila berlaku kekecohan dalam sesebuah keluarga seperti penggunaan dadah dalam kalangan ahlinya, ahli-ahli keluarga yang lain akan bertindak balas untuk menggerakkan dinamika keluarga ke arah yang mengembalikan fungsinya yang normal (Capuzi & Sauffer, 2008).

Dalam satu semakan semula ke atas penyelidikan klinikal, Ozechowski dan Liddle (2000) melaporkan bahawa terapi keluarga secara konsisten menunjukkan prestasi yang lebih baik mengatasi lain-lain pendekatan alternatif dalam mengekalkan klien dalam rawatan. Ini penting kerana keupayaan mengekalkan diri dalam rawatan untuk satu jangka masa yang mencukupi merupakan petunjuk kepada kejayaan individu membebaskan diri daripada menagih dadah. Liddle Hogue, Dauber, Stambaugh, & Cecero, (2006) menambah, dalam kaunseling kekeluargaan pakatan remaja dengan ibu bapa adalah merupakan petunjuk penting kepada keputusan kajian yang positif. Terapi

keluarga juga dianggap sebagai medium yang menyediakan peluang penglibatan ibu bapa yang aktif dengan mewujudkan forum yang membolehkan sebuah keluarga berjumpa dengan lain-lain keluarga untuk berkongsi maklumat, membincangkan masalah sepunya, dan membina rangkaian yang menyediakan pertolongan (Mckay, Gonzales, Stone, Rayland, & Kohner, 1995).

Terdapat banyak kajian yang menunjukkan keupayaan pendekatan terapi keluarga dalam merawat masalah penagihan dadah atau bahan. Sebagai contoh, keputusan rawatan yang memberangsangkan diperoleh dalam kajian yang menggunakan pendekatan terapi kekeluargaan ke atas remaja yang mempunyai masalah penagihan dadah (Rowe & Liddle, 2003; Sexton, Robbins, Holliman, Mease, & Mayorg, 2003). Antara pendekatan terapi keluarga yang popular bagi penagihan dadah ialah *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT), *Multifamily Educational Intervention* (MFEI), *Adolescent Group Therapy* (AGT) dan *Multidimensioanal Family Therapy* (MDFT). Secara umumnya, keputusan yang dihasilkan oleh pendekatan ini menunjukkan bahawa, klien mengalami perubahan yang positif dan meningkat. Keputusan kajian juga menunjukkan MDFT mendahului pendekatan yang lain dengan klien mempamerkan hasil yang tinggi dan stabil (Liddle et al, 2001).

MDFT merupakan pendekatan rawatan dadah berasaskan keluarga bagi pesakit luar (Liddle, 2002a, 2002b). Pendekatan ini memberi penekanan kepada mengeratkan hubungan ibu bapa dan remaja yang menagih dalam pakatan yang mendukung matlamat untuk menggerakkan kerjasama bagi memulihkan diri daripada penagihan dadah dalam

kalangan remaja. Ciri-ciri khusus terapi kelompok keluarga multidimensi ini ialah a) mengandungi kanak-kanak, ibu bapa dan seorang fasilitator, b) berfokuskan masalah, dan c) berorientasikan interaksi secara yang eksplisit terhadap hubungan dalam keluarga dan antara keluarga. O'Shea & Phelps (1985), mendefinisikan kelompok MDFT pelbagai seperti berikut;

*“... a deliberate, plan full, psychosocial intervention with two or more families present in the same room with a trained therapist for all or most of the sessions. Each participating family should have two or more members that represent at least two generations in the family and are present for all or most of the sessions. Sessions should have an explicit focus on problems or concerns share by all families in attendance. These focal problems should pertain directly or indirectly to cross-generational family interaction. Sessions should implicitly or explicitly emphasize patterns of interfamilial interaction, as well as utilize actual or potential alliances among members of different families based on similarities of age, sex, focal problems or family role.”*

MDFT merupakan pendekatan yang mengambil masa selama 12 minggu, berasaskan keluarga, mempunyai manual, ekologi dan multi sistematik. Teori yang mendasari pendekatan ini adalah terapi keluarga tradisional yang bersifat struktur-strategik dan integratif (Fraser, 1982; Stanton, 1981; Todd, 1986). Matlamat keseluruhan rawatan adalah berdasarkan kajian empirikal ke atas perkembangan norma remaja dan psikopatologi. Tumpuan diberikan kepada sub-sistem kelompok manusia seperti



individu, perkahwinan, ibu bapa, keluarga besar, rakan sebaya dan adik-beradik yang kesemuanya berada antara dan di luar konteks keluarga. Beberapa percubaan klinikal dan pencegahan secara rawak telah mempamerkan keberkesanannya dalam merawat penagih dadah remaja yang berada pada tahap sederhana hinggalah kepada tahap yang teruk. (US Department of Health and Human Services (USHHS), 2002; Waldron, 1997; Weinberg, Rahdert, Colliver, & Glantz, 1998).

### **1.3 Pernyataan Pemasalahan Kajian**

Umumnya, realiti masa kini menunjukkan bahawa, orang-orang Melayu di Malaysia adalah i) mereka merupakan etnik terbesar di Malaysia, paling ramai menagih dadah dan paling ramai menagih semula atau relaps setelah dibebaskan dari penjara atau pusat-pusat pemulihan dadah (Laporan Dadah AADK 2007 – 2010) ii) keluarga tidak diberi peranan secara langsung dalam Program Pemulihan dan Kepulihan Penagih Dadah Negara, dan lazimnya mereka merupakan pemerhati yang pasif dari segi pemulihan ahli keluarga mereka iii) hubungan keluarga dengan penagih dadah (juga PSP) umumnya tegang dan renggang.

### 1.3.1 Orang Melayu, Masalah Penagihan Dadah dan Relaps

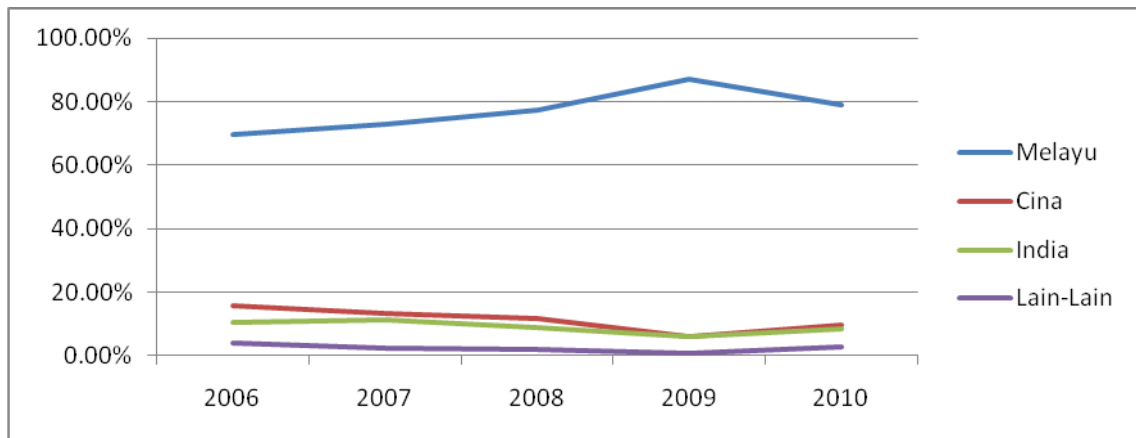
Hakikat bahawa orang Melayu paling ramai menagih dadah di Malaysia (Laporan Dadah AADK 2006 – 2010) adalah sangat pahit untuk diterima oleh orang-orang Melayu sendiri. Apa pun alasan yang diberikan, realiti ini amat sukar untuk ditolak begitu sahaja.

Tahun	Melayu	Pribumi		Cina	India	Lain-lain	Warga Asing	Jumlah
		Sabah	Sarawak					
2006	15,849	539	99	3,632	2,427	193	72	22,811
2007	10,522	236	29	1,966	1,653	66	17	14,489
2008	9,562	150	17	1,438	1,090	83	12	12,352
2009	13,705	56	23	951	942	55	4	15,736
2010	18,693	456	29	2,279	2,037	148	0	23,642
Purata (5 thn)	68,331	1,437	197	10,266	8,149	545	105	89,030

*Jadual 1.1: Taburan Statistik Penagih Yang Dikesan Mengikut Etnik Bagi Tahun*

*2006- 2010*

Jadual 1.1. menunjukkan statistik penagih yang dikesan mengikut etnik bagi tahun 2006-2010. Penagih daripada etnik Melayu merupakan jumlah terbesar bagi kelima-lima tahun berkenaan (15,849; 10,522; 9,562; 13,705; 18,693) berbanding dengan lain-lain etnik di Malaysia. Purata jumlah etnik Melayu yang menagih dadah dikesan bagi kelima-lima tahun tersebut ialah seramai 68,331 orang.



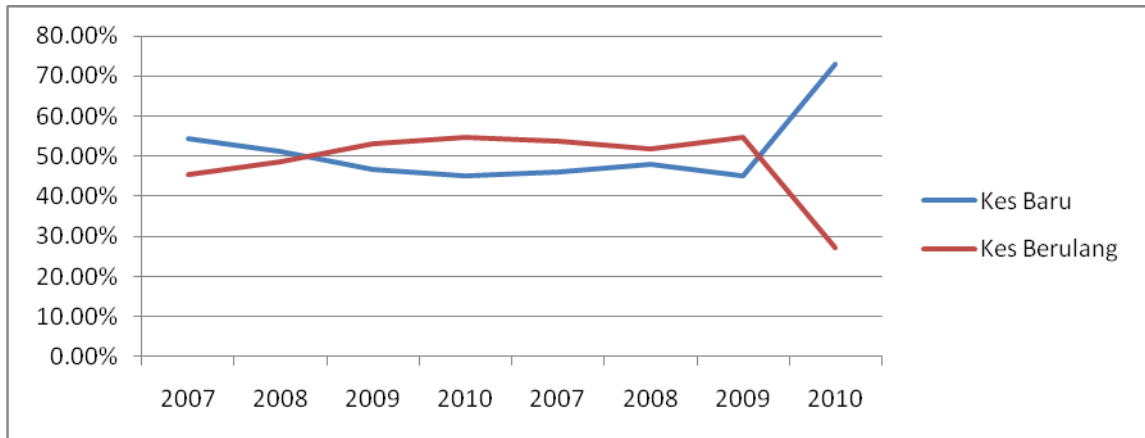
*Graf 1.1: Taburan Peratusan Penagih Yang Dikesan Mengikut Etnik Bagi Tahun 2006 hingga 2010*

Dalam Graf 1.1 di atas, bagi tempoh enam tahun berturut-turut (2006-2011), etnik Melayu berada pada paras 70% atau pada purata 76.75% berbanding dengan lain-lain etnik yang berada di bawah >15% (Cina:11.53%; India: 9.15%; Bumiputera Sabah:1.61%; Bumiputera Sarawak: 0.22%).

Tahun	Bulan	Kes Baru		Berulang		Jumlah
2003	Jan - Dis	20,194	54.58%	16,802	45.42%	36,996
2004	Jan - Dis	19,810	51.23%	18,862	48.77%	38,672
2005	Jan - Dis	15,389	46.91%	17,419	53.10%	32,808
2006	Jan - Dis	10,318	45.36%	12,430	54.64%	22,748
2007	Jan - Dis	6,679	46.10%	7,810	53.90%	14,489
2008	Jan - Dis	5,939	48.08%	6,413	51.92%	12,352
2009	Jan - Dis	7,123	45.27%	8,613	54.73%	15,736
2010	Jan - Dis	17,238	72.91%	6,404	27.09%	23,642

*Jadual 1.2: Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Bagi Tahun 2003 – 2010*

Jadual 1.2 menunjukkan Statistik Penagih Berulang yang dikeluarkan oleh Nadi Malaysia dan AADK bagi tempoh Januari hingga Disember 2003 ialah seramai 16,802 orang atau 45.42% daripada 36,996 orang penagih yang dikesan terlibat dengan penagihan semula dadah. Jumlah ini meningkat kepada 12,430 atau 54.64% daripada 22,748 orang pada tahun 2006, tetapi turun mendadak kepada 6,404 atau 27.09% pada tahun 2010 (Laporan Dadah AADK bagi 2003-2010). Penurunan kes berulang bagi tahun 2010 dianggap amat memberangsangkan.



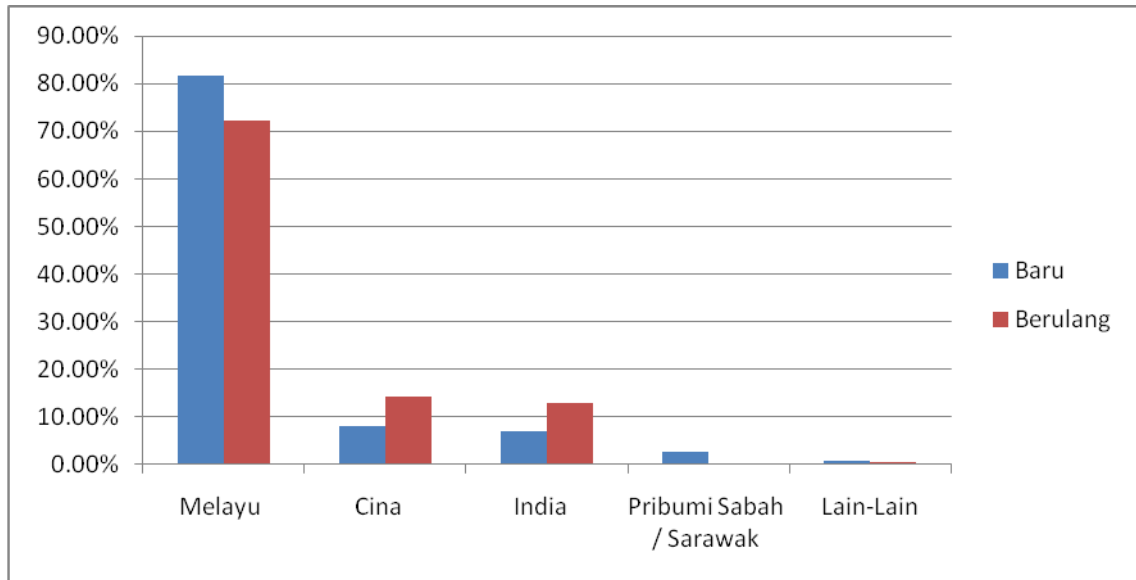
**Graf 1.2: Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Bagi Tahun 2007 – 2010**

Graf 1.2 di atas juga menunjukkan penurunan yang sangat ketara dari segi kes berulang. Keadaan ini boleh berlaku hanya apabila pihak berkuasa (AADK) mengubah definisi istilah “pulih” atau kefungsiian daripada ‘bebas dari mengambil dadah’ kepada ‘berfungsi dengan bantuan metadon’. Pengkaji tidak menerima peserta Program MMT sebagai ‘pulih’ kerana metadon adalah juga sejenis dadah yang boleh disalahgunakan. Di Amerika, kematian disebabkan keracunan metadon meningkat 390 peratusan dari tahun 1999-2004 (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2006) melaporkan kebanyakan kes kematian melibatkan salahguna metadon yang dicampur dengan lain-lain dadah atau alkohol, atau kedua-duanya sekali.

Kategori	Status Kes					
	Baru		Ulang		Jumlah	
	Bil	%	Bil	%	Bil	%
Melayu	14,065	81.6%	4,628	72.3%	18,693	79.1%
Cina	1,372	8.0%	907	14.2%	2,279	9.6%
India	1,205	7.0%	832	13.0%	2,037	8.6%
Pribumi Sabah	442	2.6%	14	0.2%	456	1.9%
Pribumi S'wak	29	0.2%	0	0.0%	29	0.1%
Lain-Lain	125	0.7%	23	0.4%	148	0.6%
Jumlah	17,238	100.0%	6,404	100.0%	23,642	100.0%

*Jadual 1.3; Statistik Penagih Baru Dan Ulang Mengikut Etnik Bagi Tahun 2010*

Menjadi golongan terbesar terlibat dengan penagihan semula atau relaps setelah menjalani program rawatan dan pemulihan dadah, juga merupakan realiti bagi orang-orang Melayu tidak dapat dinafikan berdasarkan kepada statistik penagih kes berulang. Sebagai contoh, Jadual 1.3 di atas menunjukkan kadar relaps mengikut etnik yang dikenalpasti di seluruh negara bagi tempoh Januari hingga Disember 2010. Etnik dari kategori Melayu didapat paling tinggi terlibat dengan penagihan semula 4,628 atau 72.3% dari sejumlah 6,404 keseluruhan penagih yang menagih semula.



**Carta 1.3: Statistik Penagih Dadah Baru dan Berulang Berdasarkan Etnik  
Bagi Tahun 2007 – 2010**

Carta 1.3 di atas memperjelaskan kedudukan orang-orang Melayu yang merupakan golongan yang terbesar terlibat dengan penagihan semula atau relaps berbanding dengan lain-lain etnik di Malaysia. Terdapat perbezaan yang sangat besar bagi kedua-dua kategori penagih baru dan penagih berulang. Walau apa pun alasan atau faktor penyebab kepada fenomena ini, realiti yang amat menyedihkan ini perlu diberi perhatian yang sewajarnya.

Umur Ketika Dikesan	Jan-Dis 2007		Jan-Dis 2008		Jan-Dis 2009		Jan-Dis 2010	
	JUM	%	JUM	%	JUM	%	JUM	%
➤ 13 tahun	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	0.0
13-15 tahun	26	0.18	11	0.09	47	0.3	83	0.4
16-18 tahun	141	0.97	249	2.02	285	1.81	2055	8.9
19-24 tahun	2584	17.82	2060	16.6	3030	19.26	6022	26.0
25-29 tahun	2960	20.41	2405	19.47	3474	22.08	4993	21.6
30-34 tahun	2700	18.62	2325	18.82	3219	20.46	3002	13.0
35-39 tahun	2099	14.48	1779	14.40	2236	14.54	2720	11.8
40-44 tahun	1612	11.12	1463	11.84	1384	8.8	1786	7.7
45-49 tahun	1192	8.22	1,043	8.44	888	5.64	1161	5.0
➤ 50 tahun	1065	7.3	965	7.81	906	5.76	1293	5.6
Tiada maklumat	119	0.82	52	0.42	-	-	524	-
Jumlah	14489	100	12352	100	15736	100	23642	100

*Jadual 1.4: Pecahan Statistik Penagih Yang Dikesan Mengikut Umur Bagi Tahun*

*2007 hingga 2010*



Jadual 1.4 menunjukkan pada tahun 2010, tiga orang kanak-kanak di bawah usia 13 tahun dikesan terlibat dengan penyalahgunaan dadah. Terdapat peningkatan dalam kategori umur 13-15 tahun dari 23 orang (2007) kepada 83 orang pada tahun 2010. Walaupun jumlah ini masih kecil namun trendnya menunjukkan peningkatan dari setahun ke setahun. Kategori remaja berusia 16-18 tahun menunjukkan peningkatan sebanyak 141 atau 0.97% pada tahun 2007 meningkat kepada 2055 atau 8.9% dari jumlah keseluruhan penagih yang dikesan pada tahun 2010. Bagi remaja yang berumur 19 hingga 24 tahun, peningkatan kadar penagih yang dikesan dari 17.82% pada 2007 kepada 26.0 pada tahun 2010. Secara umum, jumlah penagih di bawah kategori 13 – 24 tahun yang dikesan bagi tempoh 2007 hingga 2010 didapati meningkat dengan ketara.

### **1.3.2 Peranan Keluarga dan Budaya Kolektivisme Melayu**

Dalam usia 13 hingga 18 tahun, majoriti remaja ini berada di bawah tanggungjawab ibu bapa dan keluarga. Dalam hal ini, siapa yang patut disalahkan, ibu bapa atau anak-anak atau mereka yang menagih dadah itu sendiri? Ibu bapa atau didikan ibu bapa sudah kerap dipersalahkan atau dikatakan sebagai faktor penyalahgunaan dadah anak-anak. Budaya Melayu yang memegang kuat hadis Rasulullah SAW bahawa bayi seperti kain putih dan ibu bapa yang menjadikan mereka Yahudi atau Nasrani (Hadis riwayat Bukhari & Muslim), secara langsung meletakkan tanggungjawab untuk menentukan anak-anak tidak terlibat dengan gejala sosial, di atas bahu ibu bapa. Perumpamaan Melayu yang mengatakan bahawa “Jika bapa kencing berdiri, anak kencing berlari”, juga mengaitkan secara langsung tingkahlaku bapa dengan salah laku anak-anak. Persoalannya, adakah anak-anak yang menagih dadah, tidak turut bersalah?

Apa yang pasti ibu bapa tidak seratus peratus bersalah, sekurang-kurangnya sebahagian kecil kesalahannya perlu dipertanggungjawabkan kepada anak-anak itu sendiri. Bagi pengkaji, masalah penagihan dan penagihan semula atau relaps ini lebih mudah di tangani dengan adanya kerjasama di antara kedua-dua pihak PSP dan keluarga. Di sini persoalan yang timbul ialah “Bagaimana kerjasama ini dapat dilakukan, apabila kedua-dua pihak mempunyai persepsi yang berbeza mengenai ‘dadah’ berdasarkan kepentingan diri masing-masing?” Dadah bagi penagih adalah ‘segalanya’ dan ‘terbaik’, manakala bagi keluarga, ‘dadah’ itu ‘najis’, ‘musuh nombor satu Negara’, ibu kepada segala jenayah dan maksiat’, dan mengambil atau menagih dadah itu ‘haram’. Persepsi ini secara langsung mempengaruhi sikap dan tingkahlaku kedua-dua pihak terhadap satu sama lain dan mengakibatkan hubungan yang tegang dan renggang.

### **1.3.3 Asas Bekerjasama Antara Keluarga dan Penagih Dadah / PSP**

Bagi masyarakat tradisional Melayu yang mengamalkan nilai-nilai budaya kolektivisme dan menganuti agama Islam, bekerjasama mencari penyelesaian kepada apa juga masalah dalam kehidupan harian mereka yang melibatkan ‘bergotong-royong’, ‘bekerjasama’, ‘bersatu padu’ dan silaturrahim adalah merupakan pendekatan yang terlazim. Ahli masyarakat Melayu ditanam dengan nilai kerjasama dan silaturrahim melalui amalan budaya dan ajaran agama. Hubungan kekeluargaan amat dititik beratkan dalam hubungan keluarga. Antara lain hadis Rasulullah SAW mengatakan bahawa tidak akan masuk syurga orang yang memutuskan hubungan kekeluargaan/silaturrahim (Hadits riwayat Muslim).

Namun dalam zaman moden yang kuat dipengaruhi oleh budaya individualisme dengan kepentingan sendiri diberi keutamaan, kebarangkalian nilai dan semangat kerjasama yang diwarisi itu turut terhakis adalah tinggi. Sebagai contoh, suasana politik khususnya perbezaan ideologi dalam kalangan masyarakat Melayu di Malaysia jelas didokong oleh golongan yang menjuari kebebasan dan hak individu yang menampakkan pengaruh budaya individualisme. Keadaan ini bukan sahaja menyebabkan perpecahan dalam kalangan masyarakat Melayu, malahan juga sesama ahli keluarga.

Perbezaan ideologi politik jika dibandingkan dengan perbezaan persepi antara penagih dadah dengan bukan penagih dadah mengenai dadah, mungkin tahap pertentangan politik, dari sudut perbincangan kajian ini, boleh dianggap lebih kecil. Ini kerana penagihan dadah tidak sahaja melibatkan kepercayaan individu tentang dadah tetapi turut melibatkan isu kesakitan yang amat sangat dari segi fizikal dan psikologikal, di samping pertentangan daripada segi budaya (penyelewengan dari norma dan nilai) dan agama (halal dan haram).

#### 1.3.4 **Penglibatan Keluarga Dalam Pemulihan Penagih Dadah/PSP**

Sebagaimana pendekatan yang lazim digunakan dalam menangani isu perbezaan politik, dalam kajian ini pengkaji juga mencadangkan pembentukan pakatan antara PSP dengan ahli keluarga mereka. Persoalannya, sejauhmana kedua-dua pihak yang terlibat, bersedia untuk mengenyepikan perbezaan dan konflik antara mereka demi silaturrahim dan bagi tujuan menstabilkan kembali homeostasis keluarga mereka, sekiranya mereka masing-masing mempunyai kepentingan dan persepsi yang berbeza mengenai penggunaan dan penagihan dadah?

PSP dan keluarga mereka mempunyai budaya dan agama yang menolak penagihan dadah. Dari segi terapi/kaunseling, nilai yang positif seperti kesetiaan, keakuran, mengidentifikasi diri dengan keluarga dan gotong-royong atau bekerjasama merupakan kekuatan bagi orang Melayu yang boleh dijadikan sandaran kepada pembentukan pakatan terapeutik dan pendekatan rawatan. Namun begitu, persoalan lain yang timbul antaranya termasuklah, ‘Adakah nilai-nilai ini cukup untuk menarik PSP dan keluarga mereka untuk duduk bersemuka, sama rata dan membincangkan isu mereka secara terbuka? ‘Apakah ibu bapa dan ahli keluarga yang lebih tua bersedia untuk mengenyepikan tata cara, adat dan adab berinteraksi sesama mereka seperti yang ditetapkan dalam budaya Melayu?’. ‘Dapatkah seorang ayah atau ibu, abang atau kakak menerima maklum balas atau berhadapan dengan konfrontasi seorang adik yang juga penagih dadah?’, dan ‘Tidakkah perbuatan anak mengasari (ucapan) ibu bapa dianggap kurang ajar atau durhaka?’

### **1.3.5 Asas Kepada Menjawab Persoalan Kajian**

PSP merupakan individu yang berhenti menagih atau mengambil dadah bagi satu tempoh. Banduan kes dadah dan individu yang sedang menjalani pemulihan dadah di pusat-pusat pemulihan dan berada dalam satu tempoh ‘tidak mengambil dadah’ dalam kajian ini dikategorikan sebagai PSP.

Hasil kajian yang dijalankan dalam kalangan PSP di sebuah pusat pemulihan dadah mendapati mereka masih memandang berat tentang perlunya mengeratkan semula hubungan mereka dengan ibu bapa / keluarga dan orang-orang yang signifikan dalam hidup mereka (Zall, 1984; 2004; Zall, Amran & Ismail, 2007). Sebaliknya, dalam satu kajian yang lain, ibu bapa dan ahli keluarga PSP didapati bersedia memberi sokongan kepada mereka yang ingin memulakan hidup baru yang bebas dadah (Zall, Balan & Joki, 2008). Dapatan-dapatan ini merupakan asas kepada penolakan pengkaji terhadap idea bahawa hubungan antara PSP dengan keluarga mereka seperti “Berpatah arang, berkerat rotan,”. Oleh itu peluang menggunakan pakatan antara PSP dan keluarga sebagai sumber terapeutik dalam budaya kolektivisme adalah terbuka begitu luas sekali.

Langkah pengkaji seterusnya, untuk merealisasikan projek penyelidikan ini ialah pengisian kepada pakatan PSP dengan keluarga mereka (sekiranya mereka bersedia membina pakatan terapeutik). Kesesuaian pendekatan rawatan / terapi perlu diberi perhatian dengan mengambilkira i) aspek agama dan budaya yang menjadi punca kepada wujudnya perbezaan antara PSP dan keluarga mereka ii) isu perbezaan budaya majoriti (keluarga) dengan sub-budaya dadah (PSP), iii) memberi penekanan kepada aspek

kerjasama yang menjadi teras kepada pakatan terapeutik, dan iv) meminimumkan kesan perbezaan nilai budaya Barat yang membentuk nilai asas pendekatan terapi dengan nilai budaya dan agama ahli kelompok kajian (Melayu). Strategi rawatan ialah mendefinisi semula nilai-nilai yang menghalang kelancaran komunikasi, membina kepercayaan, meningkatkan semula kasih sayang, kesetiaan, rasa hormat individu terhadap ahli keluarga dan kuasa yang diagihkan kepada mereka, dan akhirnya menggalakkan ahli keluarga mengekalkan pakatan terapeutik mereka bagi satu tempoh selama 2 tahun, seterusnya mengkaji kesan pakatan terapeutik keluarga ke atas keupayaan PSP mengekang relaps.

Dalam kajian ini, pengkaji memilih penagih separa pulih Melayu dan keluarga mereka untuk menguji pakatan terapeutik kerana orang Melayu ada agama (Islam) dan budaya yang menekankan pakatan, kerjasama dan hubungan silaturrahim. Namun demikian, orang Melayu juga adalah paling ramai menagih dadah. Pengkaji juga memilih isu penagihan dadah untuk menguji kesediaan membina pakatan terapeutik atau hubungan silaturrahim kerana agama dan budaya Melayu menolak tingkahlaku mengambil atau menagih dadah tetapi pada masa yang sama meletakkan silaturrahim sebagai antara nilai terpenting dalam kehidupan ummah. Dengan lain perkataan, kajian ini mengkaji sama ada keluarga Melayu bersedia membina semula pakatan terapeutik atau silaturrahim dengan mengenyahkan konflik/perselisihan faham dan menerima perbezaan dan kepelbagaian dalam kalangan ahli keluarga. Persoalan kajian yang telah dibina bagi adalah seperti berikut;

- i. Adakah terdapat kesediaan dalam kalangan PSP dan keluarga mereka untuk membina semula dan mengekalkan pakatan terapeutik?
- ii. Adakah PSP berpotensi mengekalkan kepulihan sekiranya ia dan keluarganya berjaya mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama 2 tahun?
- iii. Antara faktor kesetiaan, identiti keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan, faktor manakah menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka?
- iv. Adakah modul terapi CFT (Collective Family Therapy) sesuai digunakan untuk merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu?

#### **1.4 Objektif**

Budaya kolektivisme dikaitkan dengan hubungan yang akrab dalam kalangan ahli keluarga, mengidentifikasi dengan keluarga dan mempunyai tahap kesetiaan kepada keluarga yang tinggi (Triandis dan rakan-rakan 1988; Yamaguci, 1994). Seperti masyarakat kolektivisme Timur yang lain, orang-orang Melayu juga sangat mementingkan keluarga khususnya ibu bapa dan saling bergantung antara satu sama lain (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997; Masaki, 2003; Matsumoto, & Juang, 2008). Terdapat kecenderungan yang tinggi dalam kalangan ahli masyarakat ini untuk membuat keputusan yang memberi keutamaan kepada matlamat kelompok daripada kepentingan individu.

Melalui pakatan terapeutik, masyarakat Timur bekerjasama bergotong-royong secara yang harmoni untuk mencapai matlamat yang sepunya. Berpakat dan bekerjasama dalam pelbagai aspek kekeluargaan dan kemasyarakatan juga merupakan usaha ke arah mengeratkan silaturrahim yang sememangnya dituntut oleh agama Islam. Sebagai contoh, budaya kolektivisme Melayu dan agama Islam seiring melabelkan anak yang tidak menghormati ibu bapa sebagai menderhaka dan berdosa. Jelas di sini budaya Melayu kuat bersandar kepada agama Islam sehingga Melayu tanpa Islam diibaratkan sebagai diri tanpa nyawa (Van Der Kroef, 1956), dan memeluk agama Islam dikatakan pra-syarat untuk diterima sebagai seorang Melayu atau ‘masuk Melayu’ (Husin, 1979). Hubungan silaturrahim atau dalam kajian dilihat sebagai pakatan terapeutik, bagi orang Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme, bukanlah satu perkara yang boleh diperlekehkan kerana ia adalah pegangan yang berlandaskan atau dituntut oleh ajaran Islam. Antara lain Allah berfirman maksudnya, “ . . . dan tolong-menolong engkau semua atas kebaikan dan ketaqwaan.” (Al-Quran, Surah Al-Maidah, Ayat 2 ). Dengan lain perkataan, memperkecilkan isu hubungan baik antara ahli dalam sesebuah keluarga atau masyarakat bukan sahaja “tidak baik” malahan “berdosa”. Atas dasar ini, tidak keterlaluan jika kita katakan bahawa hubungan terapeutik atau pakatan terapeutik sudah sepatutnya diterima pakai sebagai asas budaya dan kehidupan masyarakat kolektivisme Melayu.



Seperkara yang menarik dan selari dengan objektif kajian ini ialah dalam budaya tradisional kolektivisme Melayu, ibu bapa mempunyai kuasa atau hak untuk mencampuri hampir kesemua aspek kehidupan anak-anak mereka – dari memberi nama hinggalah dengan siapa anak-anak itu berkahwin. Dalam kalangan anak-anak, kuasa ini disadari dan keakuran kepada kehendak keluarga menjadikan kerap kali mengatasi kehendak mereka secara peribadi (Matsumoto & Juang, 2008).

Kesetiaan dan keakuran terhadap kehendak ibu bapa dan keluarga ini dalam konteks pembentukan pakatan terapeutik, malahan dalam kehidupan harian, jika diurus dengan baik akan memberi manfaat kepada seluruh ahli keluarga. Kesyediaan keluarga membina dan mengekalkan pakatan terapeutik dengan PSP membuka pintu kepada perbincangan dan usaha memanipulasi nilai kesetiaan dan keakuran PSP, dan kuasa ibu bapa / keluarga ke atas PSP yang disahkan oleh budaya Melayu dan agama Islam, bagi menentukan kejayaan pemulihan dan kepulihan PSP. Kasih sayang dan rasa tanggungjawab ibu bapa/keluarga terhadap pemulihan PSP juga tersedia untuk digunakan sebagai pendorong atau isyarat kepada PSP mengenai kesediaan keluarga untuk menerima mereka pulang ke pangkuan keluarga.

*Back to the basic* dalam bentuk “balik kampung” atau “pulang ke pangkuan keluarga” sangat sinonim dengan kehidupan orang-orang Melayu. Fenomena ini menerangkan dalam apa juga keadaan—sedih, gembira, susah atau senang, “balik kampung” merupakan antara keputusan lazim bagi sebahagian besar etnik Melayu yang mempunyai keluarga asal di kampung, adalah satu kekuatan (*strong point*) yang

menyokong kejayaan pakatan. Ibu bapa selalunya menjadi tempat rujuk untuk mendapat bantuan atau mengatasi masalah. Ibu bapa jarang gagal untuk membantu anak-anak yang pulang ke pangkuan mereka. Pada mereka yang terlanjur seperti penagih dadah, masyarakat mengalu-alukan supaya jika “Sesat di hujung jalan baliklah ke pangkal jalan”. Kesediaan untuk memperbaiki hubungan yang mengalami masalah dinyatakan sebagai “Buang yang keruh ambil yang jernih.” Keadaan seperti inilah yang melahirkan ciri-ciri yang saling bergantung sesama ahli keluarga. Kajian dalam PSP bumiputera di Sabah mendapati mereka masih memandang berat tentang perlunya mengeratkan semula hubungan mereka dengan ibu bapa / keluarga dan orang-orang yang signifikan di dalam hidup mereka (Zall, Amran & Ismail, 2007; Zall, Balan, & Joki, 2008).

Fenomena bercantum semula atau berpakat semula seperti yang digambarkan oleh perumpamaan Melayu, “Biduk lalu kiambang bertaut” dalam isu-isu yang melibatkan perselisihan faham antara ahli keluarga adalah sentiasa di alu-alukan dalam budaya kolektivisme Melayu. Namun begitu dalam konteks PSP dengan keluarga mereka realitinya adalah berbeza. Ini disebabkan faktor relaps yang tinggi – PSP sering dilabel sebagai penipu, manipulatif, tidak jujur, tidak sayangkan keluarga dan diri sendiri, dan sebagainya. Taubat mereka untuk tidak mengambil dadah semula diibaratkan seperti ‘termakan cili padi’ – semasa kepedasan mereka bertaubat tidak mahu makan lagi, setelah hilang kepedasan mereka makan semula. Dengan demikian, keluarga menjadi bosan, sakit hati dan kesal kerana berulang kali ditipu. Tenaga, masa dan wang ringgit telah banyak dihabiskan namun harapan mereka untuk melihat PSP pulih seperti sedia

kala hanyalah tinggal harapan. Dalam situasi begini, pengkaji masih percaya PSP dan keluarga mereka bersedia membina pakatan sekiranya mereka dapat diyakinkan tentang keupayaan mereka mengatasi masalah mereka dengan bantuan ahli terapi atau fasilitator. Masalah yang lebih kritikal adalah menyediakan kaedah yang boleh membimbing klien untuk membincangkan masalah dan isu-isu yang sudah menjadi nanah dan barah dalam hubungan mereka (termasuk masalah penagihan dadah) secara terbuka. Lebih-lebih lagi, apabila isu-isu ini melibatkan isu peribadi, budaya dan agama.

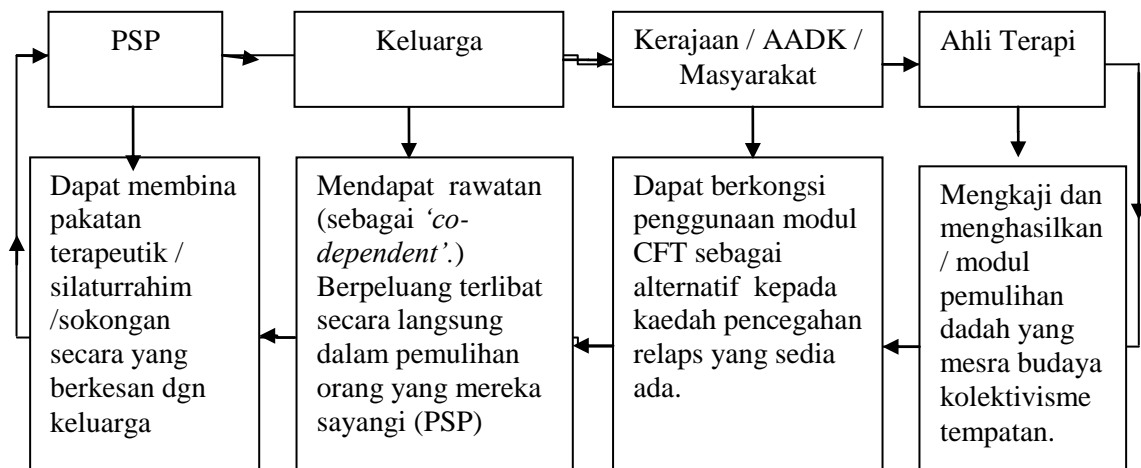
Sebagai kesimpulan, jika kejayaan pendekatan psikoterapi didapati amat memerlukan pakatan terapeutik (Goldenberg & Goldenberg, 2008), klien dalam kalangan orang-orang Melayu sudah ada nilai-nilai budaya yang menyokong pakatan terapeutik keluarga, terutamanya nilai-nilai yang didokong oleh ajaran agama Islam, untuk digunakan. Mereka hanya perlu kaedah yang sesuai untuk membantu klien memperkasakan nilai-nilai yang wujud dalam budaya mereka supaya sesuai dengan nilai-nilai umum psikoterapi yang disuntik ke dalam pendekatan rawatan, untuk menjana kesan terapeutik yang tinggi. Dapatan kajian mengarah kepada pencapaian matlamat penggunaan pakatan terapeutik keluarga sebagai elemen yang menyatupadu ahli dalam pakatan terapeutik dan membantu ahli-ahli keluarga yang bermasalah.

Bagi menjawab pelbagai persoalan seperti yang telah dibincangkan, pengkaji membentuk empat objektif utama kajian seperti berikut;

- i. Mengkaji kesediaan PSP dan Keluarga mereka membina semula dan mengekalkan pakatan terapeutik.
- ii. Mengkaji kesan pengekalan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama 2 tahun ke atas potensi keupayaan PSP mengekalkan kepulihan atau kefungsian hidup.
- iii. Mengenalpasti faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka.
- iv. Meneroka kesesuaian modul terapi CFT (Collective Family Therapy) merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu.

### **1.5 Signifikanan Kajian**

Kajian ini mempunyai beberapa kepentingan, antara lain termasuklah daripada aspek yang memberi faedah kepada penagih separa pulih dan keluarga mereka, masyarakat umum dan pembuat dasar khususnya dalam bidang rawatan dan pemulihan dadah di Malaysia. Kajian ini mengkaji strategi pemulihan dadah yang berasaskan keluarga dengan memberi penekanan kepada kepada pakatan terapeutik ibu bapa-ahli terapi, ibu bapa-PSP, dan ahli terapi-PSP dirasakan amat sesuai di negara ini.



**Rajah: 1.3: Ringkasan Signifikanan Kajian**

Dari sudut kepentingan penagih separa-pulih, kajian ini signifikan kerana sekiranya pakatan terapeutik berjaya dimulakan di dalam PUSPEN, interaksi secara langsung antara ibu bapa dengan PSP berlaku di dalam persekitaran yang selamat dan terkawal. Sebaliknya jika, kajian ini tidak mencapai matlamatnya jangka panjangnya (membantu PSP mengekang relaps), peluang untuk bertemu dan berbincang secara empat mata antara PSP dan keluarga mereka akan membantu merapat hubungan mereka. Kajian ini bertujuan untuk menggerakkan sokongan keluarga yang sangat diperlukan oleh PSP, dan pada masa yang sama memberi peluang dan ruang kepada keluarga untuk mendekati PSP dalam persekitaran terapi yang kondusif dan terapeutik. Pendekatan terapi keluarga CFT memberi ruang dan peluang kepada PSP dan keluarga mereka untuk menjelaskan harapan masing-masing membantu pembinaan satu kehidupan baru tanpa dadah untuk PSP.

Dalam sesi kelompok terapi keluarga yang dijalankan di PUSPEN berbagai masalah dan isu yang dikemukakan oleh ahli-ahli kelompok kajian sama ada secara individu atau keluarga, berlegar pada satu keseluruhan atau isu pokok. Masalah dan isu-isu ini, walaupun sesetengahnya nampak remeh, namun isu-isu inilah yang menjadi punca keretakan hubungan PSP dengan ahli keluarga yang lain selain daripada penagihan dadah itu sendiri. Kesediaan berkerjasama melalui proses terapi membuka peluang kepada PSP untuk menyediakan diri dan minda mereka bagi menghadapi proses kepulihan lebih awal, semasa masih berada dalam program pemulihan PUSPEN. Persediaan untuk kembali menjalani kehidupan baru, menamatkan program pemulihan di PUSPEN bukan lagi merupakan mimpi peribadi mereka sahaja tetapi turut didokong dan dikongsi bersama oleh seluruh keluarga mereka.

Seterusnya sekiranya pakatan terapeutik yang dibentuk berjaya bertahan sehingga tamat sesi rawatan, kemungkinan pakatan yang dibina ini diteruskan di luar PUSPEN atau dalam persekitaran keluarga, sebelum bergerak selangkah lagi ke dalam masyarakat, adalah lebih tinggi. Di sini, keluarga akan memainkan peranannya sebagai orang-orang yang signifikan kepada proses kepulihan mereka. Rumah keluarga akan memainkan peranan sebagai rumah perantaraan (a half-way house) yang mungkin lebih baik dari rumah perantaraan dalam program pemulihan dadah yang sedia ada. Ini kerana, rumah keluarga PSP dikendalikan dengan penuh tanggungjawab dan kasih sayang daripada keluarga sebenar yang memahami dan ikhlas membantu.

Signfikan kajian ini kepada PSP seterusnya ialah sekiranya keputusan kajian ini mencapai matlamat jangka pendek (membantuk PSP dan keluarga mereka membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik) dan jangka panjangnya (membantu PSP mengekang relaps) ia akan memberi manfaat yang terbaik bukan sahaja kepada PSP (subjek kajian ini) malahan kepada lain-lain PSP yang berpeluang menjalani rawatan CFT di masa-masa yang akan datang.

Kepentingan keluarga pula boleh dilihat dari sudut peluang yang terbuka kepada mereka untuk turut terlibat secara langsung dalam pemulihan PSP khususnya dalam program menyediakan PSP untuk memasuki fasa kepulihan. Di Malaysia, ibu bapa boleh dikatakan masih merupakan pemerhati yang pasif. Mereka menjadi pemerhati kepada kehancuran kehidupan anak-anak atau orang-orang mereka sayangi tanpa boleh melakukan sesuatu yang benar-benar konkrit. Mereka juga tidak boleh melakukan apa-apa seperti turut bersama membantu orang-orang yang mereka sayangi dalam kelompok kaunseling atau terapi pendekatan yang diamalkan. Urusan pemulihan ahli keluarga mereka (PSP) diserahkan bulat-bulat kepada agensi yang menguatkuasakan undang-undang penyalahgunaan dadah atau pihak NGO yang menyediakan khidmat rawatan.

Faktor kemampuan, pengetahuan, kemahiran dan keterbatasan ruang untuk membantu menjadikan mereka merasa kecewa, putus asa atau mungkin merasa terdesak untuk melakukan sesuatu tanpa memikirkan baik-buruknya terlebih dahulu (Nowinski, 1999). Mereka adalah orang-orang yang signifikan dan paling hampir dengan penagih dadah yang turut menderita dari segi mental, spiritual dan kesihatan fizikal. Cemas, bimbang, marah dan malu apabila anak-anak (penagih) tinggal serumah bersama mereka. Sedih, sunyi dan rindu apabila anak-anak yang menagih ini merengkok di dalam penjara atau pusat-pusat pemulihan.

Kajian-kajian terhadap pendekatan yang berasaskan kekeluargaan di barat, rata-rata memberi perhatian kepada pakatan antara ahli terapi dengan klien (orang dewasa atau remaja) dan ahli terapi dengan ibu bapa (Liddle, 2002). Pakatan ibu bapa dengan penagih separa pulih tidak mendapat perhatian. Malahan lain-lain pendekatan rawatan dadah seperti kelompok sokong bantu *Alcoholic Anonymous* dan *Narcotic Anonymous*, juga tidak menggalakkan pakatan sedemikian. Keadaan ini boleh berpunca daripada peranan ibu bapa dikatakan kurang signifikan dalam kehidupan individu berbanding dengan budaya kolektivisme Timur (Roland, 1988).

Kajian-kajian juga mendapati, ibu bapa / keluarga atau '*significant others*' merupakan sumber pendorong perubahan tingkahlaku yang penting dalam masyarakat mereka (Zigler & Black, 1989; Umberson, 1988; dan Knight, Simpson, Chatham, & Camacho 1996). Kepentingan ini lebih dirasakan dalam budaya Timur di mana, Ibu bapa dan keluarga adalah tunggak kehidupan bermasyarakat. Ketika susah atau senang, ibu



bagilah tempat individu mendapatkan nasihat, pandangan dan pertolongan. Dapatan ini, dengan jelas menyarankan bahawa ibu bapa dan ahli keluarga dalam budaya kolektif seharusnya menyedari bahawa ikatan kekeluargaan yang kuat dan pengaruh yang besar yang mereka miliki ke atas anak-anak mereka, boleh dimanfaatkan untuk membantu anak-anak mereka yang menagih dadah. Dengan demikian, kerjasama yang baik ke arah pembentukan pakatan yang baik di antara ibu bapa dengan penagih separa-pulih sudah tersedia untuk digunakan.

Cadangan intervensi pada peringkat akhir program institusi (PUSPEN) bukan sahaja bertujuan untuk menyediakan PSP memasuki fasa pemulihan tetapi turut menyediakan rawatan kepada keluarga sebagai penderita sepi (*silent sufferers* atau *co-dependent*). Mereka juga dibantu untuk mengambil alih tanggungjawab menyelia PSP daripada pihak yang berwajib untuk melalui proses pemulihan yang panjang dan berliku-liku. Pakatan sesama ahli keluarga begitu penting dalam kehidupan manusia untuk mencapai sesuatu kejayaan berkaitan dengan kehidupan berkeluarga, begitu juga sesama ahli masyarakat untuk kesejahteraan masyarakat. Kenyataan sebegini banyak dinyatakan dalam bentuk perumpamaan seperti, “Bersatu kita teguh bercerai kita roboh.”

Daripada sudut kaunseling atau terapi pula, Constantino, Castonguay dan Schut (2002) berpendapat, tidak kira apa jua pendekatan yang digunakan untuk menjadi efektif, ahli terapi perlu mewujudkan ikatan kerjasama yang kuat. Sekiranya berlaku perselisihan pendapat mengenai pendekatan ahli terapi atau matlamat kaunseling yang hendak dicapai, klien mungkin tidak akan memberi kerjasama dan menarik diri sebelum

masalah mereka dapat diatasi. Dalam banyak hal, keadaan ini dijangkakan mungkin lebih tinggi tahap kebenarannya apabila klien adalah terdiri dari PSP yang mempunyai persepsi yang menyimpang jauh dari budaya amalan keluarganya dan ahli terapi. Sebagai contoh, ketidak sepakatan persepsi boleh berlaku mengenai dadah yang disebut 'najis' oleh keluarga dan masyarakat majoriti, adalah 'ubat' bagi PSP.

Bordin (1979) telah sekian lama menganggap pakatan kerja atau pakatan terapeutik antara klien dengan ahli terapi sebagai kunci kepada resipi psikoterapi yang berjaya. Pakatan kerja juga dilihat sebagai petunjuk yang paling baik dan konsisten kepada keputusan rawatan yang positif (Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Seymonds, 1991). Orlinsky, Grawe, dan Parks (1994) mengatakan bahawa pada umumnya kekuatan pakatan, sebagai petunjuk kepada keputusan terapi malahan lebih baik dari jenis terapi yang digunakan, jangka masa rawatan, atau lain-lain aspek proses terapi secara individu. Dalam terapi keluarga, pakatan dengan ibu bapa yang kuat dijangka dapat mengurangkan pengambilan dadah dan tingkahlaku yang mempunyai hubungan dengannya (Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander, & Kogan., 2006).

Kajian ini juga memberi kesedaran kepada masyarakat di atas keperluan menerima kesalahan menagih dadah secara kolektif atau menyalahkan sesuatu pihak sahaja khususnya ibu bapa. Dalam masyarakat kolektivisme Melayu, kecenderungan menyalahkan ibu bapa atau keluarga apabila anak-anak terjebak dalam kancah penagihan dadah adalah tinggi. Hal ini adalah berdasarkan tanggungjawab yang tinggi yang diletakkan di atas bahu ibu bapa sama ada menerusi nilai budaya yang turun

menurun atau ajaran agama Islam yang mereka anuti. Ajaran Islam meletakkan ibu bapa sebagai bertanggungjawab menyebabkan anak-anak mereka menjadi seorang yang soleh atau seorang penagih dadah. Perumpamaan Melayu menegaskan, 'Bagaimana rentak begitulah tarinya,' bermaksud apa yang diajarkan oleh ibu bapa itulah yang dilakukan oleh anak-anaknya. Ibu bapa dalam budaya Melayu, tidak boleh melepaskan tanggungjawab mereka begitu sahaja apabila anak-anak terjerumus dalam kancuh penagihan dadah.

Pengkaji barat juga menyokong mengenai pengaruh ibu bapa dan keluarga terhadap anak-anak mereka. Keluarga dikatakan sebagai konteks utama di mana, kanak-kanak belajar, berkembang dan bagi tujuan sosial (Bronfenbrender, 1988). Menerusi modeling, kanak-kanak boleh belajar dengan meniru pelbagai tingkah laku ibu bapa. Sebagai contoh, bagi keluarga dan budaya yang menghalalkan pengambilan alkohol sebagai minuman sosial, ibu bapa dengan mudah dipalit dengan tuduhan sebagai punca kepada tingkah laku anak-anak yang menagih alkohol. Sebaliknya bagi keluarga Islam yang mengharamkan pengambilan apa-apa yang memabukkan termasuk dadah atau alkohol mereka juga tidak akan terlepas dari tuduhan kerana dianggap gagal memberi pendidikan yang sempurna sehingga anak-anak mereka terjebak dengan penagihan dadah. Allah S.W.T berfirman “ ... dan janganlah kamu sengaja mencampakkan diri kamu ke dalam bahaya kebinasaan...” (Surah Al-Baqarah, Ayat 195).

Dalam masyarakat Barat, Szapocznik dan Coatsworth (1999) memberi beberapa contoh masalah anak-anak yang berpunca dari keluarga. Pertama ialah ibu bapa yang mengambil dadah dan mempunyai masalah antisosial adalah merupakan model yang tidak baik kepada anak-anak. Kegiatan penagihan mereka yang lebih bersifat mementingkan diri sendiri akan menyebabkan anak-anak kurang diberi perhatian. Pada satu ekstrem, sekiranya bapa merupakan seorang yang anti sosial, ibu pula akan cenderung memarahi, membenci suaminya dan bertindak mengawal anak-anak mereka secara berlebihan kerana tidak mahu anak-anak turut bertingkh laku anti sosial. Manakala pada ekstrem yang lain, seorang ibu yang sangat marah kepada suaminya yang menagih dadah mungkin bertindak untuk meninggalkan anak-anak dan suaminya. Ini menjadikan anak-anak terbiar tanpa kawalan ibu bapa dan seterusnya terjerumus ke dalam kancah penagihan dadah dan jenayah.

Kedua ialah faktor yang menyebabkan anak-anak menjadi keliru seperti kualiti hubungan ibu bapa dengan anak-anak yang rendah, peraturan dan akibat pelanggaran sesuatu peraturan yang kurang diperjelaskan kepada anak-anak apabila mereka melakukan kesalahan, dan penggunaan hukuman atau dendaan yang tidak konsisten terhadap salah laku anak-anak (Szapocznik & Coatsworth, 1999). Rasa tidak puas hati atau marah terhadap anak-anak ini, mungkin pula ditunjukkan dalam bentuk tingkh laku anti sosial seperti suka bergaduh dan mencederakan orang lain, terlibat dengan tingkh laku devian dan penagihan dadah.

Sementara itu, faktor ketiga pula merujuk kepada masalah tingkahlaku anak-anak yang berlaku apabila ibu bapa menunjukkan tahap pengurusan dan penyeliaan mereka terhadap aktiviti anak-anak, serta rakan sebaya anak-anak mereka berada pada tahap yang rendah, juga dikaitkan dengan keluarga. Kurangnya penyeliaan ke atas aktiviti kanak-kanak dengan rakan sebaya mereka dikatakan menjadi punca hubungan yang renggang antara anak-anak remaja dengan ibu bapa dan keluarga (Szapocznik & Coatsworth, 1999). Dari fakta perbincangan di atas, kita dapati tekanan ke atas keluarga apabila anak-anak terlibat dengan penagihan dadah adalah merentasi budaya. Namun demikian, bagi ahli masyarakat kolektivisme Melayu, ini mungkin lebih dirasakan dengan mengambilkira sifat kolektivismenya.

Kepentingan kajian ini kepada keluarga boleh dilihat dari sudut peluang yang diberikan kepada keluarga untuk mendekati semula anak-anak mereka yang tersasar (PSP) secara langsung dengan penglibatan mereka dalam sesi kelompok terapi. Fungsi ahli terapi sebagai moderator boleh memudahkan lagi kelancaran proses mengeratkan semula tali silaturrahim antara mereka. Lapan sesi terapi yang merentasi tempoh masa antara tiga hingga bulan, cukup panjang untuk memulakan hubungan yang sihat antara mereka. Maklum balas dalam pelbagai aspek diperlukan untuk meningkatkan kepercayaan diri, sifat sendiri dan motivasi diri. Ini penting bagi PSP untuk menjalani proses keputihan yang panjang, dan juga penting bagi ahli keluarga untuk membantu PSP menjalani keputihan tersebut. Penagih separa pulih perlu tahu bahawa mereka diterima kembali ke pangkuan keluarga, dan keluarga perlu tahu mereka masih mempunyai harapan untuk melihat orang kesayangan mereka (PSP) pulih dan menjalani kehidupan baru.

Seterusnya, kajian ini penting kepada Kerajaan Malaysia atau secara khususnya AADK yang bertanggungjawab sebagai pembuat dasar rawatan dan pemulihan dadah. Dapatan kajian ini boleh digunakan untuk mempelbagaikan pendekatan rawatan. Terapi kelompok keluarga kolektif (CFT) yang dikaji ini jika didapati berkesan dan diterima oleh keluarga, ia membuka ruang kepada penggunaan sumber terapeutik terbesar yang terdapat dalam masyarakat iaitu keluarga. CFT bukan sahaja berfungsi memberi rawatan kepada PSP dan keluarga mereka malahan turut mendedahkan semula kaedah tradisional etnik Melayu menangani masalah melalui pembinaan pakatan terapeutik, mengekalkan dan seterusnya mengamalkannya sebagai nilai kehidupan harian mereka.

Penglibatan keluarga memberi lebih kekuatan dan tenaga sukarelawan kepada pihak berwajib (Agensi Antidadah Kebangsaan) untuk memimpin PSP menjalani proses kepulihan. Sekiranya setiap tenaga PSP dapat digabungkan untuk membantu AADK, maka tentunya usaha mengekang relaps menjadi lebih mudah. Dengan lain perkataan, tanggungjawab membasmi, memulih dan mencegah penagihan dadah yang rata-ratanya atas tanggungjawab beberapa agensi kerajaan, dengan sedikit bantuan badan-badan sukarelawan dan melalui kejayaan kajian ini, sebahagian besar tanggungjawab boleh di pindahkan kepada ibu bapa, ahli keluarga PSP dan PSP sendiri.

## **1.6 Pendekatan Teori**

Di bawah sub-tajuk ini, pengkaji membincangkan tiga kumpulan teori i) teori-teori yang menjadi asas kepada penyelidikan yang dijalankan, ii) gabungan teori-teori yang membentuk pendekatan modul intervensi/terapi keluarga yang digunakan dalam kajian ini dan iii) model penagihan dadah dan relaps. Teori-teori yang dikelompokkan dalam kategori pertama ialah Teori Kritikal, Teori Budaya, Teori Sistem, Teori Identiti Sosial dan Konsep Kolektivisme dan Teori Multibudaya. Kategori kedua menggabungkan teori-teori kaunseling keluarga seperti Perspektif Multibudaya Teori Adlerian, Struktur dan Konstruktivisme Sosial yang digabungkan menjadi pendekatan integratif modul bagi terapi yang digunakan dalam penyelidikan ini (CFT). Kelompok teori ketiga ialah Teori Pembelajaran Sosial, dan model kesejahteraan dan model penagihan dadah.

### **1.6.1 Teori Kritikal**

Teori kritikal mengikut definisinya yang sempit berasal dari Frankfurt School, negara Jerman sebelum peperangan dunia pertama. Namun begitu, dalam kajian ini, pengkaji menggunakan definisi yang luas yang memasukkan paradigma yang meliputi mana-mana penyelidikan kualitatif yang menjurus kepada penjanaaan dan pemeraksanaan perubahan sosial secara langsung menerusi penyelidikan (Popkewitz, 1991). Contoh penyelidikan yang berkait dengan teori ini, antara lain adalah penyelidikan mengenai wanita (*feminist*), etnografi kritikal dan penyelidikan yang melibatkan penyertaan (*participatory action research*). Menurut teori ini, realiti tidak boleh diperoleh tanpa bias penyelidik yang berpunca dari sejarah, politik, keadaan masyarakat, etnik, atau jantina (Hisada, 2003). Menurut teori ini lagi, penyelidikan perlu mempunyai kaitan yang rapat dengan nilai-nilai masyarakat, sementara kesedaran tentang nilai-nilai masyarakat merupakan tujuan penyelidikan di adakan.

### **1.6.2 Teori Budaya**

Terdapat pelbagai cara budaya mempengaruhi tingkahlaku sosial manusia. Bagaimana kita berinteraksi dengan orang lain, mempersepsi mereka dan bekerja dengan mereka adalah melibatkan pengaruh budaya kita sendiri (Matsumoto, 2000). Kita berkawan, berkasih, malahan bermusuhan kerap kali disebabkan oleh perbezaan budaya dan gaya hidup.



Budaya mempunyai respons yang adaptif terhadap persekitaran dan begitu juga sebaliknya persekitaran boleh mempengaruhi budaya (Matsumoto & Juang, 2008). Sebagai contoh, apabila wujud keperluan manusia kepada kelangsungan, budaya membantu manusia untuk memilih tingkahlaku, sikap, nilai, dan pandangan-pandangan yang boleh mengambil sumber-sumber secara optima untuk memenuhi keperluan kelangsungan. Poortinga (1990, dalam Matsumoto & Juang, 2008) dari pelbagai tingkahlaku yang boleh dipilih, budaya membantu manusia untuk memberi fokus kepada hanya beberapa alternatif yang terhad bertujuan untuk memaksimumkan keberkesanan penggunaan tingkahlaku tersebut. Secara umumnya di Malaysia, ramai orang menagih dadah, namun lebih ramai lagi orang yang tidak menagih. Antara faktor utama orang tidak mengambil dadah adalah kerana, budaya mereka melarang mereka mengambil dadah. Menagih dadah dilihat sebagai tingkahlaku yang menyeleweng daripada norma dan nilai masyarakat.

Menurut Alleyne dan Rheineck (dalam Capuzi & Stauffer, 2008), budaya, etnik dan bangsa sebagai bidang yang diberi tumpuan berhubung dengan penyelidikan penyalahgunaan bahan telah muncul hanya baru-baru ini. Sehingga tahun 1970an, pengkategorian penagih bahan tidak mengambilkira etnik dan bangsa walaupun terdapat perbezaan yang signifikan dari segi rawatan dan penggunaan bahan-bahan yang disalahgunakan. Tucker (1985) dalam membincangkan isu ini mengatakan *“In 1963 the field displayed shockingly little concern for ethnic (racial) issues, and existing work was often imbedded in the context of the ‘White middle-class’ values that characterized social and biomedical science at the time”* (p.1038). Penekanan yang konsisten yang

diberikan kepada model kesihatan mental dan teori psikologikal, bangsa dan etnik, sebagai aspek personaliti yang penting diketepikan dalam komuniti pengkaji penagihan. Di bawah paradigma bukan etnik, para pengkaji membahaskan bahawa, penekanan dalam rawatan penagihan perlulah memberi fokus yang khusus kepada *sobriety* bagi membolehkan usaha-usaha memberi sepenuh perhatian kepada proses mengekang penagih dari menagih semula dadah atau alkohol yang sangat sukar (Capuzi & Stauffer, 2008).

Teori Budaya juga membincangkan mengenai proses akulturasi, enkulturasi dan globalisasi. Menurut Berry (1997), apabila ahli kelompok yang mempunyai latar belakang budaya yang berbeza bertemu, proses akulturasi bermula. Seterusnya, ini akan mempengaruhi perubahan budaya dan psikologi kedua-dua kelompok budaya. Globalisasi juga tercetus lanjutan daripada pertembungan interbudaya yang mempengaruhi perubahan individu dan budaya mereka. Dua andaian lama yang masih dipegang mengenai budaya ialah (i) proses akulturasi dan globalisasi menjana lebih banyak perubahan kepada ahli-ahli kelompok tidak dominan, dan (ii) keadaan ini akan menghilangkan ciri-ciri individu dan budaya kelompok yang tidak dominan tersebut, seterusnya mendorong mereka mengamalkan budaya yang menyerupai budaya kelompok yang dominan. Proses individu memasuki dan mengamalkan sub-budaya dadah adalah juga merupakan proses akulturasi. Sub-budaya dadah menjadi dominan apabila individu berjinak-jinak dengan budaya tersebut mula mengambil dadah secara konsisten.

### **1.6.3 Teori Sistem**

Menurut Corey (2005b), perspektif teori sistem adalah berlandaskan kepada andaian bahawa tingkahlaku klien yang bermasalah merupakan pemangkin kepada usaha ahli keluarga yang lain untuk memenuhi kehendak atau fungsi keluarga. Beliau memberi contoh, anak yang dari kecil terlalu dimanjakan oleh ibu bapanya tidak terdorong untuk berdikari. Untuk mempertahankan diri mereka menyalahkan ibu bapa mereka kerana tidak membenarkan mereka meninggalkan rumah, apabila tiba waktu yang sepatutnya mereka berbuat demikian seperti untuk melanjutkan pelajaran atau bekerja. Bagi ahli keluarga yang mempunyai masalah jenayah yang boleh dihukum penjara, alasan yang mereka berikan untuk mengelakkan tingkah laku mereka dilabel sebagai tidak produktif juga mengaitkan keluarga.

Tingkahlaku ahli keluarga yang bermasalah boleh dilihat sebagai tanda kepada bentuk ketidakfungsian yang dipusakai daripada generasi yang terdahulu. Simptom-simptom yang wujud dipercayai merupakan ekpresi ketidakfungsian yang terdapat di dalam sistem, dan telah diwariskan kepada beberapa generasi. Masalah psikologi timbul daripada dalam persekitaran keluarga semasa individu berinteraksi dalam sistem keluarga yang bersifat intergenerasi. Masalah ini dikaitkan dengan gaya hidup dan nilai-nilai yang cenderung kepada tingkahlaku yang tidak produktif seperti mengutamakan kehidupan yang terlalu santai dan suka bermalasan. Idea yang sama yang mengandaikan bahawa masalah klien dikenalpasti sebagai simptom bagaimana sistem berfungsi, bukan hanya sebagai tanda wujudnya masalah perkembangan psikososial ahli sistem, dianggap sebagai satu idea yang kritikal.

Perspektif sistem melihat keluarga sebagai entiti yang berfungsi mengatasi jumlah ahli-ahlinya. Keluarga menyediakan kontek untuk memahami bagaimana individu bertingkh laku. Tindakan daripada mana-mana individu yang menjadi ahli keluarga akan mempengaruhi semua ahlinya sebagai kesan timbal balik. Sebagai contoh, tindakan menagih dadah seorang anak bukan merupakan pernyataan tentang wujudnya konflik yang serius antara ibu dan bapanya, tetapi ia mungkin juga merupakan luahan tentang kepedihan yang dialami oleh seluruh ahli keluarga.

Daripada perspektif penagihan dadah, huraian mengenai homeostasis kerap kali dikaitkan dengan usaha penagih (individu yang melanggar norma) dan nilai keluarga dilihat sebagai percubaan mengekalkan homeostasis. Sebaliknya terdapat pula dalam kalangan ahli keluarga yang lain yang menjadi *enabler* yang terdorong untuk mengekalkan tingkh laku penagihan (Romjin, Platt, Schippers, & Schaap, 1992). Penagih dan ahli keluarga yang melihat masalah penagihan dari sudut pandangan masing-masing, sering menunding jari antara satu dengan yang lain. Ahli keluarga mengatakan penagih sebagai punca ketidakstabilan keluarga manakala penagih lazimnya mengatakan konflik keluarga menjadi punca masalah penagihan mereka. Dengan demikian, penagih berharap dan berusaha untuk menghentikan konflik dalam keluarga kerana apabila konflik dalaman keluarga selesai, maka tumpuan yang lebih akan diberikan kepada masalah penagihan mereka. Sebaliknya jika masalah penagihan ahli tidak selesai, ahli keluarga akan kehilangan fokus yang memberi alasan kepada mereka untuk bekerjasama.

Sistem keluarga penagih dadah kerap kali dikatakan berlegar di sekeliling kehidupan ahli keluarga yang menagih dadah, di mana, semua masalah intra keluarga tertumpu. Pada masa yang sama juga, tingkahlaku penagihan menyatukan ibu bapa yang berkonflik. Mereka lebih cenderung untuk terus menderita dan ini berpunca daripada hubungan perkahwinan yang terganggu, renggang dari segi emosi dan kurang intimasi. Perkahwinan mereka dicirikan oleh konflik-konflik yang tidak di atasi. Ibu menjadi terlalu taksud dengan anak yang menagih dadah. Ini menjadikan hubungan ibu bapa dengan anak yang menagih sebagai satu diad keluarga yang paling tegang dari segi emosinya (Schwartzman, 1975). Pergeseran ibu bapa mengenai anak yang menagih dadah menjadi punca konflik rumah tangga mereka. Anak yang menagih menjadi terikat di dalam hubungannya dengan ibu bapa, seterusnya mendorong pemisahan emosi dan autonomi (Lavee, & Altus, 2001).

Teori ini mengesyorkan pentingnya keluarga sebagai sebuah institusi dalam masyarakat dan juga dalam kehidupan individu. Teori Sistem menggabungkan aspek biologi, psikologi dan sosial atau persekitaran. Ia menerima setiap tingkahlaku individu sebagai produk pelbagai pengaruh dan konteks. Ahli keluarga yang terdekat merupakan konteks yang paling penting. Ahli terapi keluarga yang berpegang kepada teori ini memberi fokus ke atas interaksi keluarga sebagai sumber utama makna dan pengaruh. Di samping itu ia juga merupakan kuasa pengaruh yang memperkenalkan serta mengekalkan perubahan (Snyder & Ooms, 1992). Dalam budaya kolektivisme yang menjadikan keluarga sebagai tempat merujuk pelbagai masalah, pakatan dengan ibu

bapa yang erat didapati boleh mengurangkan tahap pengambilan dadah dan penglibatan klien dalam tingkahlaku yang mempunyai hubungan dengan dadah (Robbins et.al., 2006; Liddle, 2002, NIDA, 1999). Teori Sistem ini di rasakan amat sesuai dijadikan asas pendekatan yang memberi fokus kepada pengembelian pengaruh ahli keluarga yang signifikan kepada penagih separa-pulih untuk membantu mereka menjalani tempoh kepulihan yang amat sukar dan panjang.

#### **1.6.4 Teori Identiti Sosial & Konsep Kolektivisme**

Teori identiti sosial (Tajfel & Turner, 1979) dikatakan telah diterima pakai secara meluas sebagai teori psikologi sosial mengenai tingkahlaku kelompok (Masaki , 2003). Sifat utama teori identiti sosial adalah, identiti individu umumnya mengandungi pengetahuannya mengenai kelompok sosialnya, emosi dan nilai-nilai keahlian kelompoknya yang signifikan kepadanya (Tajfel, 1982). Dengan demikian, identiti sosial dikatakan menyediakan rangka rujuk mengenai sikap, kepercayaan, dan persepsi yang sesuai yang perlu dimiliki oleh seseorang (Hogg, 2001a, 2003). Tingkahlaku kelompok diperoleh daripada representasi kognitif sendiri dalam bentuk keahlian satu kategori sosial secara perkongsian. Dengan perkataan lainnya, tidak terdapat pengasingan dari segi psikologi antara sendiri dan kelompok secara yang menyeluruh. Menurut Turner, Hogg, Oakes, Reicher, dan Wetherell, (1987), individu mempersepsikan diri mereka dari satu kategori sosial sebagai serupa, di samping sebagai personaliti yang unik yang membezakan mereka sebagai individu dari orang lain dalam kelompok mereka. Dengan demikian, representasi kognitif sendiri mereka berubah dari sendiri peribadi kepada sendiri kolektif (Hogg & Abrams, 1988). Oleh

sebab orang mengambil kebanyakan dari sikap, kepercayaan dan persepsi dari kategori sosial mereka, mereka dipengaruhi oleh sikap, kepercayaan dan persepsi ahli yang prototaip dalam kelompok. Kesemua ini diharap dapat dikongsi bersama oleh semua ahli kelompok sebagai satu keseluruhan (Turner, 1991; Turner & Oakes, 1989). Ketaatan dan kecenderungan mengidentifikasikan diri mereka dengan keluarga (*familial-self*) (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997) dalam kalangan ahli masyarakat kolektivisme terjelma dalam bentuk kecenderungan mereka saling bergantung dengan seluruh ahli keluarga mereka.

Rata-rata para ramai pengkaji bersetuju bahawa secara umum budaya dibahagikan kepada budaya Individualisme Barat dan budaya Kolektivisme Timur. Kebanyakan ahli teori bersetuju bahawa perbezaan utama nilai kedua-dua konstruk yang bersifat multidimensi ini adalah tahap kesetiaan kepada kelompok sendiri dan identiti kelompok (Triandis, Bontempo, Villareal, Asai, & Lucca, 1988; Yamaguci, 1994). Budaya individualisme dan kolektivisme digunakan untuk menerangkan, memahami, dan membuat andaian ke atas perbezaan budaya dalam pelbagai kontek (Matsumoto & Juang, 2008). Dimensi ini merujuk kepada tahap dorongan budaya terhadap tingkahlaku individu sama ada lebih menekan pencapaian diri sendiri sahaja iaitu individualisme, atau menekan kepentingan ahli-ahli kelompok atau keluarganya dengan mendapat pulangan dalam bentuk kesetiaan iaitu kolektivime (Hofstede, 2001).

Budaya kolektivisme juga memegang kuat kepada nilai-nilai yang berkaitan dengan keakuran. Sebagai contoh, akur kepada nasihat ibu bapa dan keluarga yang lebih tua, akur kepada peraturan, polisi atau keputusan kumpulan yang membentuk norma kelompok. Individu mementingkan keharmonian kelompok dan menolak tingkahlaku yang boleh menggugat keharmonian (Matsumoto & Juang, 2008). Dadah dilihat sebagai musuh negara, manakala penagih dadah di label sebagai sampah masyarakat dan sebagainya

Mereka mempunyai konstruk sendiri yang saling bergantung antara satu dengan lain serta memberi fokus kepada keluarga dan ibu bapa (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997; Masaki, 2003). Mereka lebih mementingkan keluarga daripada dirinya sendiri. Mereka juga menunjukkan identiti dan kesetiaan kepada kelompok, di samping tidak membezakan antara matlamat peribadi atau matlamat kolektif. Sekiranya matlamat mereka berbeza daripada matlamat kelompok, matlamat kelompok masih tetap mengatasi matlamat peribadi (Triandis, 1989). Sebagai contoh, sekiranya satu perhubungan diperlukan dari sudut pandangan kelompok (keluarga), walau pun kurang baik atau menguntungkan individu, kemungkinan pilihan yang diputuskan oleh individu memihak kepada kelompok atau keluarganya adalah tinggi.



Dalam budaya kolektivisme ini, individu berubah, menyesuaikan diri, dan bertingkah laku sebaik mungkin untuk memastikan ia berupaya mendapat tempat dan di terima di dalam keluarga dan masyarakatnya. Seterusnya, keseluruhan kelompok juga akan turut bertindak untuk berubah demi memperbaiki kualiti kehidupan ahli-ahlinya. Kenderungan ahli-ahli menggunakan nilai kelompok, khususnya keakuran, kesetiaan dan identiti kelompok, sebagai petunjuk tingkah laku budaya mereka, membentuk pakatan terapeutik dalam kalangan mereka untuk mencapai objektif kelompok mereka.

### **1.6.5 Teori Multibudaya**

Pada tahun 1996, tiga orang tokoh terkenal dalam bidang kaunseling dan psikoterapi iaitu Derald Wing Sue, Allen E. Ivey dan Paul B. Pedersen telah menerbitkan sebuah buku berjudul "*A Theory of Multicultural Counseling and Therapy*". Cadangan mereka berpunca daripada kesedaran bahawa teori kaunseling dan psikoterapi semasa tidak menerangkan, menghurai, meramal dan menangani kompleksiti budaya populasi yang berbagai (Ivey, Ivey, & Simek-Morgen, 1993). Pada masa yang sama, mereka juga turut melihat teori kaunseling yang traditional sebagai bersifat etnosentrik dan monobudaya, berdasarkan percubaan yang tidak canggih untuk mengangkat teori yang berpusatkan bangsa Eropah untuk kegunaan populasi yang berbagai, kekurangan rangka rujuk konseptual yang menggabungkan budaya sebagai konsep asas hubungan terapeutik gagal untuk mengemukakan asas budaya yang jelas dan ekplisit dan andaian teori-teori yang lain.

Teori multibudaya mengambil perspektif konstruktivisme sosial. Ini bermaksud ahli masyarakatlah yang bertanggungjawab mengkonstruks dunia mereka melalui proses sosial yang merangkumi pelbagai simbol budaya mereka sendiri dan metafora.

Wright, Corey, dan Corey (1989) mengatakan, multibudaya merupakan terma umum yang menerangkan hubungan antara dan sesama dua atau lebih kelompok yang berbeza. Silang budaya, transbudaya dan interbudaya adalah terma yang mempunyai persamaan maksud. Terma multibudaya dilihat lebih tepat untuk menerangkan kompleksiti budaya. Secara umum multibudaya melibatkan bangsa, etnik, orientasi emosional, kelas sosial, agama, seks dan umur, multibudaya pula merujuk kepada kompleksiti budaya khususnya yang berkaitan dengan *delivery of services* (Corey & Corey, 2003). Ivey dan Ivey (2007) menambah antara lain orientasi spiritual, keupayaan fizikal dan ketidakupayaan fizikal, lokasi geografi kepada senarai elemen multibudaya tersebut.

Kepelbagaian dan multibudaya telah menjadi asas kepada profesion menolong di seluruh dunia. Panduan Multibudaya Persatuan Psikologi Amerika The American Psychological memulakan dengan kenyataan berikut:

“All individuals exist in social, political, historical, and economic contexts and psychologist are increasingly called upon to understand the *influences of these contexts on individuals’ behavior*” (APA, 2002).

Persatuan Kaunseling Amerika (*American Counselling Association*, 2005) memberi fokus kepada kepelbagaian sebagai asas isu etika dalam pengenalan Kod Etika mereka fokus.

*“The American Counselling Association is an educational, scientific, and professional organization whose members work in a variety of setting and serve in multiple capacities. ACA member are dedicated to the enhancement of human development throughout the lifespan. Association members recognize diversity and embrace a cross-cultural approach in support of the worth, dignity, potential, and uniqueness of each individual within their social and cultural contexts*

*(American Counselling Association, 2005).*

Kaunseling multibudaya memberi fokus kepada memahami bangsa dan etnik minoriti malahan juga merangkumi perempuan, lelaki *gay* dan lesbian, agama, orang-orang cacat (kurang upaya), orang tua, sosioekonomi, fahaman politik, lain-lain populasi yang mempunyai keperluan yang khusus, dan kemahiran menangani akulturasi dan kepelbagaian. Keupayaan kaunselor menguasai kemahiran multibudaya akan membolehkan mereka bekerja dengan lebih berkesan dan dihormati dalam kalangan populasi yang memiliki perbezaan daripada segi budaya dan bangsa (Pedersen & Carey, 2003). Sue (2001) menyarankan definisi kompetensi budaya sebagai;

*“... is the ability to engage in actions or create condition that maximize the optimal development of client and client systems. Multicultural counseling competence is defined as the counselor’s acquisition of awareness, knowledge, and skills needed to function effectively in a pluralistic democratic society (ability to communicate, interact, negotiate, and intervene on behalf of clients from diverse background), and on an organizational/societal level, advocating effectively to develop new theories, practices, policies and organizational structures that are more responsive to all group.”*

Seterunya Sue (2001) berpendapat kaunseling multibudaya adalah berlandaskan kepada beberapa premis, antara lainnya; semua budaya mempunyai kaedah menangani masalah yang tersendiri dan bermakna apabila kelompok masyarakat berhadapan dengan satu-satu masalah. Di dalam masyarakat kolektivisme Melayu misalnya, masalah-masalah bersifat psikososial ditangani dengan menggunakan pelbagai cara khususnya mendapatkan pandangan rakan sebaya, meminta atau nasihat orang-orang yang lebih tua atau tokoh agama, berdoa memohon pertolongan Allah, menggunakan khidmat bomoh, pawang dan berbagai sumber lain yang telah menjadi sebahagian daripada budaya orang-orang Melayu tradisional.

Sue (2001) juga mengatakan bahawa, semua teori kaunseling boleh dianggap sebagai bersifat multibudaya sekiranya definisi budaya dibuat secara yang meluas dan tidak sekadar memasukkan bangsa, etnik, dan kewarganegaraan, tetapi turut dimasukkan jantina, umur, kelas sosial, orientasi seks dan ketidak upayaan. Ini penting kerana setiap perbezaan yang dinyatakan tidak sahaja mempengaruhi persepsi dan pandangan individu tetapi turut mempengaruhi orang lain dan persekitarannya. Individu yang cacat penglihatan (buta), kerap kali mempunyai rasa rendah diri apabila membandingkan dirinya dengan orang lain. Pada masa yang sama, orang lain juga akan melihat malah melabelnya sebagai orang kurang upaya. Keadaan ini dengan sendirinya mewujudkan perbezaan antara individu tersebut dengan orang-orang di sekitarnya.

Semua budaya membina kaedah yang formal dan tidak formal mereka yang tersendiri untuk menangani masalah manusia. Sejak azali semua budaya dan masyarakat mempunyai penerangan mereka yang tersendiri mengenai tingkahlaku abnormal dan cara-cara menangani masalah manusia dan distres (Harner, 1990). Di Amerika dan kebanyakan negara Barat, kaunseling dan psikoterapi adalah kaedah yang lazim digunakan.

Namun, bagi negara-negara lain, kaunseling dan terapi adalah agak baru jika dibandingkan dengan kaedah-kaedah perubatan tradisional yang lain. Perkembangan kaunseling dan psikoterapi ke seluruh dunia pada masa kini tetap gagal menghalang penggunaan kaedah-kaedah tradisional yang tetap popular dan terpelihara dalam masyarakat dunia yang lain. Dalam budaya Melayu, orang-orang tua dan ahli agama masih menjadi tempat rujukan apabila individu menghadapi masalah, selain daripada penggunaan khidmat bomoh dan pawang walau pun kaunseling semakin mendapat tempat dalam kalangan masyarakat.

Setiap budaya, melalui perbezaannya, menjana pengalaman tentang realiti yang berbeza (Diller, 2004). Untuk memahami klien, kepelbagaian yang membentuk personaliti dan persekitaran mereka perlu terlebih dahulu difahami dan diterima sebagai realiti kehidupan mereka. Sebagai contoh, individu yang menagih dadah atau bahan mempamerkan corak tingkahlaku yang jelas. Mereka berkawan sesama penagih dan menyisihkan ahli keluarga atau kawan yang tidak menagih, kerap menggunakan mekanisme bela diri khususnya penafian, dan hubungan keluarga yang tegang (Hook, 2008). Gaya hidup begini tidak ketara dalam kalangan individu yang tidak menagih dadah. Bertitik tolak dari sini, pendekatan yang sesuai dapat digunakan dengan berkesan untuk menembusi tembok yang menghalang kemungkinan membantu mereka untuk mengatasi masalah yang mereka hadapi.

Dalam konteks subjek kajian ini, ciri-ciri penting yang membezakan penagih separa pulih dan keluarga mereka ialah i) orientasi mereka terhadap penagihan dadah, dan ii) persepsi terhadap cara atau gaya hidup yang “baik”. Sebaliknya ciri-ciri yang menjadikan mereka sama ialah i) mereka adalah dari satu keluarga (keluarga besar) yang mempunyai pertalian darah, berkongsi datuk nenek, atau di ikat oleh perkahwinan atau undang-undang keluarga angkat, ii) mereka juga berkongsi warisan sosiobudaya dan agama yang sama. Dengan lain perkataan, walaupun subjek mempunyai persamaan, tetapi mereka juga berbeza dan memerlukan pendekatan seperti kaunseling multibudaya yang peka dan mengambil kira perbezaan ini.

#### **1.6.6 Perspektif Multibudaya Teori Adlerian**

Kesesuaian penggunaan teori Adlerian daripada perspektif multibudaya diperakui oleh ramai pengkaji (Watts & Peitzak, 2000; Arciniega & Newlon, 2003; Carlson & Englar-Carlson, 2008; Corey, 2009a). Beberapa ciri penting pendekatan Adlerian dari perspektif multibudaya seperti (1) mementingkan konteks budaya, (2) memberi perhatian kepada perspektif kehidupan yang holistik (3) memahami individu daripada sudut keinginan dan matlamat hidup mereka, dan (4) menekankan kebebasan dalam konstrain atau kawalan budaya dan nilai masyarakat (Corey, 2009a), didapati relevan dan sesuai digunakan dalam membentuk pendekatan terapi yang mesra dengan masyarakat Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme.

Pendekatan Adlerian menyarankan ahli terapis memberi fokus yang lebih kepada nilai-nilai kerjasama berbanding dengan nilai-nilai yang berorientasikan persaingan dan individualistik (Carlson & Carlson, 2000). Isu kekeluargaan dan masyarakat serta kerjasama dalam kalangan ahli-ahlinya juga merupakan fokus utama budaya kolektivisme etnik Melayu yang antara lain dicirikan oleh keluarga tambahan atau keluarga besar (*extended family*), kesetiaan dan identiti keluarga. ‘Sikap mementingkan diri sendiri’ dipandang serung dan tidak diterima sebagai sesuatu yang bersifat positif. Kejayaan individu dilihat lebih merupakan hasil daripada dorongan, bantuan, kerjasama, doa dan restu dari keluarga dan masyarakat.

#### **1.6.7 Teori Pembelajaran Sosial**

Teori Pembelajaran Sosial (Bandura, 1977; Marlatt & Gordon, 1985) atau model pembelajaran sosial memberi penekanan kepada faktor seperti modeling dan penilaian kognisi ke atas pelbagai faktor yang mempengaruhi individu. Pertama, teori ini tidak melihat individu sebagai mangsa kepada keadaan yang di luar kawalannya. Sebagai contoh, penagihan dadah bukanlah penyakit yang tidak boleh dikawal dari dijangkiti. Sebaliknya penagihan dilihat sebagai satu set tabiat tegar yang memberi kesan negatif dan yang tidak dikehendaki kepada individu penagih. Namun tabiat ini boleh di atasi dengan membuat keputusan secara yang sedar bagi tujuan membentuk satu set tabiat yang baru (Bandura, 1977; Marlatt & Gordon, 1985).



Model Pembelajaran Sosial juga memberi tekanan ke atas harapan dan jangkaan berhubung dengan efikasi sendiri (*self-efficacy*) iaitu, bagaimana individu berupaya untuk mempersepsi kebolehnya dalam menangani masalah yang bersifat umum dan masalah yang khusus, seperti masalah yang berkaitan dengan dadah. Kemungkinan untuk relaps pula dikaitkan dengan respons kemahiran daya tindak yang berupaya meningkatkan atau mengurangkan perasaan efikasi individu mengatasi risiko relaps yang tinggi. Relaps dijangka boleh diminimumkan menggunakan kaedah yang dapat membantu penagih membina kemahiran daya tindak, dari segi kognitif dan tingkahlaku, untuk melawan keinginan yang kuat terhadap dadah.

Kesan negatif yang kuat berkemungkinan akan mengurangkan perasaan efikasi untuk menangani masalah dan mendorong individu mempercayai bahawa dadah berupaya mengurangkan kesan negatif. Sebaliknya keinginan untuk mendapat kesan positif yang dijangkakan secara yang segera turut merangsang pengambilan dadah. Mengikut teori ini, mereka yang mempunyai kemahiran daya tindak akan dapat menangani situasi ini tanpa menggunakan dadah walaupun mereka menggunakan dadah untuk menangani masalah sebelumnya.

### **1.6.8 Model Kesejahteraan (*Wellness*)**

Falsafah Psikologi Positif (*Positive Psychology*) atau model Kesejahteraan (*Wellness*) yang menekankan pandangan kontekstual atau holistik adalah selari dengan nilai-nilai utama masyarakat kolektivisme Melayu yang secara tradisi berpaksikan kepada kerjasama dan ikatan silaturrahim sesama ahli keluarga dan masyarakat mereka. Myers dan Sweeny (2005a), merujuk model kesejahteraan sebagai “*self-in-relation, the person-in-community and individual-in-social context.*” Semua bahagian mempunyai hubungan dengan keseluruhan, dengan demikian sendiri sebenarnya tidak kelihatan dan sendiri terbentuk daripada hubungannya dengan orang lain. Setiap perubahan yang berlaku ke atas mana-mana bahagian sendiri akan memberi kesan kepada individu dan orang lain (Ivey & Ivey, 2007).

### **1.6.9 Model Penagihan Dadah**

Terdapat banyak model-model yang boleh dipilih untuk mengkaji masalah penagihan dadah, antara lain termasuklah Model Sosial atau Persekitaran, Model Psikologi atau Genetik, Models Personal atau Intrapsikik, Model Pembelajaran Daya Tindak, Model Peneguhan Perlaziman, Model Eksefif, Kompulsif dan Model Biopsikosial. Setiap model menyarankan kaedah untuk memahami penagihan atau tingkahlaku penagihan yang khusus, terutamanya bagaimana penagihan bermula dan menjadi bertambah serius (Marlatt & Donovan, 2005). Kewujudan model yang berbagai dan kerap kali dikatakan menonjolkan ‘kebenaran’ yang bertentangan antara satu sama lain ini, telah mengugatkan kepercayaan umum tentang keupayaan sesuatu teori dan teori yang bersifat universal untuk menerangkan tentang manusia dan tentang sistem kehidupan

mereka. Corey (2009a) berpandangan bahawa dalam dunia posmoden ini, kebenaran dan realiti kerap kali difahami sebagai satu pandangan yang lebih dikaitkan kepada konteks dan sejarah daripada sebagai sesuatu yang objektif dan tidak boleh dipertikaikan. Situasi ini mendorong ahli-ahli dalam rawatan dan pemulihan dadah mengalih kepada pendekatan yang bersifat integratif.

#### **1.6.10 Teori-Teori Kaunseling /Terapi Keluarga**

Kaunseling dan terapi keluarga bermula pada awal abad ke 20an namun hanya pada pertengahan abad tersebut intervensi keluarga barulah berdiri dengan sendirinya. Antara pakar yang terlibat dalam membina ideas dan models yang menjadi asas kepada amalan profession keluarga pada peringkat permulaan termasuklah Nathan Ackerman, Gregory Bateson, Murray Bowen, Oscar Christensen, Richard Fisch, Jay Haley, Lynn Hoffman, Don Jackson, Cloe Madanes, Monica McGoldrick, Salvador Minuchin, Virginia Satir, Maria Selvini Palazzoli, Paul Watzlawick, John Weakland, and Carl Whitaker ( Bitter, 2009).

Selepas 50 tahun pertumbuhan dan perkembangan, bidang ini telah mengembelikan posisi postmodern, ahli konstruk sosial seperti Tom Andersen, Harlene Anderson, Insoo Kim Berg, Steve de Shazer, David Epton, Kenneth Gergen, Harold Goolishian, William O'Hanlon, Michele Weiner-Davis, and Micheal White. Pada masa sekarang perkembangan dan perhatian tertumpu kepada bangsa, budaya, jantina, dan pusingan-hayat kekeluargaan (Carter & McGoldrick, 2005), malahan bidang profesyen amalan keluarga ini semakin berkembang dengan menawarkan pelbagai model integrasi

(Gehart & Tuttle, 2003; Hanna, 2007), dan sudah bersedia menawarkan bimbingan rawatan mengikut keperluan klien secara individu (Carlson, Sprey, & Lewis, 2003).

Secara umumnya Kaunseling Keluarga boleh dibahagikan kepada teori Kaunseling Keluarga Psikodinamik (Ackerman, 1958, Framo, 1965), Kaunseling Pengalaman Keluarga (*Experiential Family Counseling*) (Satir, 1964; Whitaker & Bumberry, 1988), Kaunseling Keluarga Berstruktur (*Structural Family Counseling*) (Minuchin, 1991), Kaunseling Keluarga Strategik (Haley, 1963; Madanes, 1981), Kaunseling Keluarga Adlerian/ Dreikursian (Adler, 1918-1937; Dreikurs, 1964 & 1949), dan Kaunseling Keluarga Posmodern / Konstruksisme Sosial (Andersen, 1991, White & Epston, 1990, dan lain-lain). Persamaan dan perbezaan dari segi teori, konsep utama, proses dan matlamat kaunseling-kaunseling ini adalah seperti di dalam Jadual 1.5 berikut ini.

Teori	Kaunseling Keluarga Psikodinamik
Konsep Utama	Tenaga intrapsikik dipercayai memainkan peranan dalam ketidakfungsian keluarga, relatif objek seperti hubungan yang bermakna adalah tenaga penggerak motivasi dalam kehidupan.
Proses	Memberi fokus ke atas tenaga intrapersonal dan interpersonal seperti menguatkan ego, menjelaskan peranan, membantu klien mewujudkan hubungan yang lebih memuaskan.
Matlamat	Menggalakkan perubahan dan pertumbuhan dengan mengubah corak komunikasi, mengatasi konflik patologi dalaman, dan mendefinisikan ahli keluarga dalam bentuk komplementari

Teori	Kaunseling Keluarga Berpengalaman ( <i>Experiential Family Counseling</i> )
Konsep Utama	Penyataan Kendiri, kesedaran, pilihan, dan tanggungjawab.
Proses	Membebaskan keluarga untuk bergerak ke arah penyataan sendiri; memfokuskan pengalaman; mengaitkan situasi 'di sini dan sekarang' dan tidak kepada isu-isu masa lampau.
Matlamat	Mempromosi hubungan yang jelas, membantu ahli keluarga menjadi individu yang otentik-otonomi, dan menggalakkan suasana keluarga yang positif.

Teori	Kaunseling Keluarga Berstruktur
Konsep Utama	Konsep sistemik seperti persempadanan dan perangkaan semula ( <i>reframing</i> ).
Proses	Kaunselor menyertai keluarga untuk mengubah struktur interaksi antara ahli keluarga.
Matlamat	Menerangkan persempadanan, meningkatkan fleksibiliti interaksi keluarga, dan memodifikasi ketidakfungsian struktur keluarga.
Teori	Kaunseling Keluarga Strategik
Konsep Utama	Corak komunikasi, dan pergelutan kuasa menentukan corak hubungan antara ahli keluarga.
Proses	Secara langsung cuba mengatasi masalah yang timbul dengan meminima percubaan menyediakan celik akal dalam bentuk peristiwa atau kejadian masa lampau.
Matlamat	Mengatasi simptom masalah keluarga dengan mendefinisi semula hubungan di antara ahli keluarga.
Teori	Kaunseling Keluarga Adlerian/ Dreikursian
Konsep Utama	Konstelasi (susunan) keluarga, saling menghormati, matlamat tingkah laku, menggunakan konsekuen (akibat sesuatu tindakan), galakan dan komunikasi
Proses	Berfokuskan pendidikan untuk membantu ibu bapa mempelajari kemahiran bagi menggalakkan hubungan ibu-bapa dengan anak-anak yang positif.
Matlamat	Memahami dinamika masalah yang berlaku dalam kalangan keluarga dan menggalakkan hubungan ibu-bapa dan anak-anak yang positif.
Teori	Kaunseling Keluarga Posmodern / Konstruksianisme Sosial
Konsep Utama	Masalah dikonsepsualkan dalam bentuk bahasa dan naratif.
Proses	Penceritaan mengrefleksi kehidupan keluarga dibina dan ditulis semula, membina peluang baru untuk kehidupan yang lebih bermakna.
Matlamat	Membantu keluarga membina cerita keluarga yang baru dan yang menggalakkan kefungsian keluarga.

**Jadual 1.5: Ringkasan Jenis-Jenis Kaunseling Keluarga**

### **1.6.11 Modul Terapi CFT (Pendekatan Integratif)**

Dalam membina model rawatan kajian ini, pengkaji memilih untuk mengintegrasikan pendekatan psikologi, sosial, budaya dan agama (Islam) atau psikososibudaya-agama (spiritual). Model ini melihat wujudnya interaksi antara silaturrahim dalam bentuk kesetiaan terhadap keluarga dan menjunjung tinggi ajaran agama, melihat sendiri dalam bentuk sendiri kekeluargaan (*familial-self*) dengan mematuhi norma dan nilai budaya yang membentuk peraturan-peraturan untuk mempengaruhi tingkahlaku ahlinya, demi keharmonian keluarga dan masyarakat mereka. Matlamat akhir rawatan pula dicapai dengan kuasa yang lebih tinggi daripada keupayaan manusia iaitu ‘takdir’ atau ketentuan Allah. Ciri-ciri budaya seperti ini terdapat pada budaya kolektivisme yang menjadi cara hidup sebahagian masyarakat Timur termasuklah masyarakat Melayu Malaysia.

Pendekatan Terapi Keluarga Kolektif (CFT) merupakan pendekatan berlandaskan teori-teori yang dianggap saling melengkapi seperti teori Struktur, Adlerian dan Konstruksianisme Sosial dan penekanan kepada psikologi budaya (kolektivisme Melayu/agama Islam). Kaunselor CFT menyertai keluarga untuk mengubah struktur interaksi antara ahli keluarga, membantu mengatasi simptom masalah keluarga dengan mendefinisi semula hubungan di antara ahli keluarga. Konstelasi keluarga diberi perhatian, mewujudkan rasa saling menghormati, matlamat tingkah laku, menggunakan konsekuen (akibat sesuatu tindakan), galakan dan komunikasi. Rawatan berfokuskan pendidikan untuk membantu ibu bapa dan ahli keluarga mempelajari kemahiran bagi menggalakkan hubungan yang positif. Masalah dikonsepsualkan dalam bentuk bahasa

dan naratif. Penceritaan yang mengrefleksi kehidupan keluarga masa lalu dibincang semula bagi membina cerita keluarga yang baru yang menyediakan ruang bagi kehidupan yang lebih bermakna dan menggalakkan kefungsian keluarga.

Bagi memastikan pendekatan rawatan yang mesra budaya Melayu, pengkaji memilih orientasi kelompok multibudaya dan fenomenakologikal terhadap terapi dengan memberi perhatian kepada kaedah subjektif yang digunakan oleh individu untuk mempersepsi dunia mereka di samping menitik beratkan kepentingan kelompok/keluarga. Dengan demikian, pengkaji memilih untuk mengintegrasikan teori sistem, teori identiti sosial dan konsep kolektivisme, teori budaya, teori multibudaya dan teori Adlerian (perspektif multibudaya). Persepsi peribadi termasuklah pandangan peribadi, kepercayaan, persepsi, dan kesimpulan yang buat oleh individu (Corey, 2008) juga diberi perhatian.

Dari perspektif Adlerian, objektif realiti tidak penting berbanding dengan bagaimana individu membuat interpretasi terhadap realiti dan makna yang diberikan kepada pengalaman yang mereka alami. Menurut Adler (1983), manusia merupakan makhluk kreatif yang menentukan tingkahlaku mereka berdasarkan persepsi subjektif. Walau pun berasal dari satu keluarga dan budaya, pengalaman yang berbeza menjadikan persepsi dua atau lebih individu berbeza mengenai satu-satu isu atau peristiwa. Walau bagaimanapun, sebagai ahli kepada budaya kolektivisme, keakuran kepada nilai budaya dan ajaran agama diberi keutamaan demi mewujudkan jalinan silaturrahim yang terapeutik. Integrasi teori-teori yang digabungkan, sebagai teori kepada pendekatan

rawatan dalam kajian ini, perbezaan yang dibincangkan di atas boleh ditangani disebabkan kesesuaiannya dan mesra budaya sasaran, budaya kolektivisme Melayu.

<b>Teori</b>	<b>Terapi Keluarga Kolektif (Collective Family Therapy) – pendekatan integratif (Struktur, Adler Konstruktivisme Sosial, &amp; Multibudaya/Spiritual).</b>
<b>Konsep Utama</b>	Menghormati ibu bapa dan keluarga yang lebih tua, kesetiaan dan identiti keluarga, pakatan terapeutik, konsep sistem homeostasis, isu-isu masa lampau, masa kini dan masa hadapan, menggalakkan komunikasi dan kuasa Allah sebagai penentu kepada kejayaan rawatan terapeutik yang berkesan.
<b>Proses:</b> (Kesan mengekalkan pakatan terapeutik di dalam gaya hidup keluarga)	<p>Kaunselor bersama-sama keluarga mendidik, mendefinisi semula dan memperkasa nilai-nilai yang menghalang komunikasi berkesan di antara ahli keluarga, menganggap ahli keluarga sebagai unik dan pada masa yang sama sebagai individu sendiri- keluarga dan saling melengkapi.</p> <p>Ahli kelompok bekerja keras memupuk pakatan terapeutik dan hubungan silaturan sesama mereka. Ahli yang bermasalah mula melihat keikhlasan dan keperhatian keluarga untuk membantunya dan turut memberi reaksi yang positif sebagai respon kepada ahli keluarga yang lain untuk meningkatkan kepercayaan keluarga kepadanya.</p> <p>Nilai-nilai keluarga dan budaya kolektivisme Melayu dapat diamalkan tanpa sebarang gangguan, dengan kefahaman yang lebih mendalam di samping menggalakkan kemahiran baru hasil pemerikasaan nilai-nilai tersebut yang selari dengan ajaran agama mereka.</p>
<b>Matlamat: Jangka Pendek</b>	Menggalakkan pakatan terapeutik keluarga, perubahan, pertumbuhan dan keanjalan melalui komunikasi yang berkesan antara ahli keluarga
<b>Matlamat: Jangka Panjang</b>	Mengekalkan pakatan terapeutik dan hubungan silaturahim yang teguh dalam kalangan ahli keluarga - merangkumi penerapan sifat-sifat keterbukaan dan ketulusan, menerima kepelbagaian, di samping nilai-nilai murni kolektivisme Melayu yang lain yang akhirnya membantu PSP mengekang relaps.

**Jadual 1.6: Ringkasan Modul Terapi Keluarga Kolektif**



Dalam konteks kajian ini, tingkah laku subjek kajian dilihat lebih dipengaruhi oleh nilai dan norma budaya Melayu dan ajaran agama (Islam), selain daripada turut terdedah kepada pengaruh global. Rawatan ke atas subjek kajian mengambilkira rasa hormat, kesetiaan kepada ibu bapa dan ahli keluarga yang lebih tua, identiti keluarga, hubungan silaturrahim, homeostasis, isu-isu masa lampau, masa kini dan masa hadapan dan menggalakkan komunikasi berkesan. Kesemua konsep-konsep ini membentuk asas kepada pakatan terapeutik keluarga kolektivisme Melayu yang menjunjung kuasa Allah sebagai kuasa terakhir yang menentukan matlamat rawatan terapeutik dicapai.

Daripada segi proses terapi, kaunselor atau ahli terapi bersama-sama keluarga mendidik, mendefinisi semula dan memperkasa nilai-nilai yang menghalang komunikasi berkesan antara ahli keluarga, menganggap ahli keluarga sebagai unik tetapi pada masa yang sama sebagai individu sendiri-keluarga dan saling melengkapi. Matlamat jangka pendek CFT ialah menggalakkan pakatan terapeutik keluarga, perubahan persepsi terhadap nilai budaya yang baik dan yang perlu diperkasakan. Menggalakkan keterbukaan kepada nilai-nilai budaya lain yang membantu pertumbuhan dan menggalakkan fleksibiliti melalui komunikasi yang berkesan antara keluarga. Manakala matlamat jangka panjang ialah keupayaan dan kejayaan ahli keluarga mengembalikan kestabilan homeostasis keluarga.

## **1.7 Kerangka Teoritikal**

Bagi menjalankan kajian ini pengkaji memilih tujuh teori sebagai landasan penyelidikan yang dikaitkan penyelidikan kualitatif (Teori Kritikal); teori yang dikaitkan dengan model penagih/penagihan semula (Teori Pembelajaran Sosial); manakala Teori Sistem, Teori Budaya Kolektivisme, Teori Adler, Teori Identiti Sosial, dan Teori Multibudaya digunakan secara bertindan lapis dalam pendekatan rawatan keluarga CFT (lihat Jadual 1.7). Teori Kritikal digunakan kerana ia menekankan perlunya kaitan yang rapat antara penyelidikan dengan nilai-nilai masyarakat, sebagai asas kepada penyelidikan kualitatif. Kajian ini secara langsung mengaitkan kesedaran tentang nilai-nilai budaya kolektivisme Melayu dengan isu dan kaedah merawat serta membina pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan ahli keluarga mereka untuk mengekang relaps.

Teori pembelajaran sosial dikaitkan dengan model penagihan dan penagihan semula/relaps. Pengkaji melihat penagihan dadah sebagai satu fenomena yang pelajari dari persekitaran sosial yang juga melihatkan penghijrahan dari budaya majoriti kepada sub-budaya dadah. Melalui pembelajaran sosial, individu memilih untuk mengambil dadah bagi mengatasi pelbagai masalah yang mereka hadapi, walau pun pada mulanya mereka tidak berniat untuk menjadi penagih. Dengan demikian, Teori Budaya dan Multibudaya paling sesuai untuk memahami sudut pandangan budaya atau kelompok yang berbeza bagi memperbaiki dan meningkatkan keberkesanan komunikasi antara mereka.

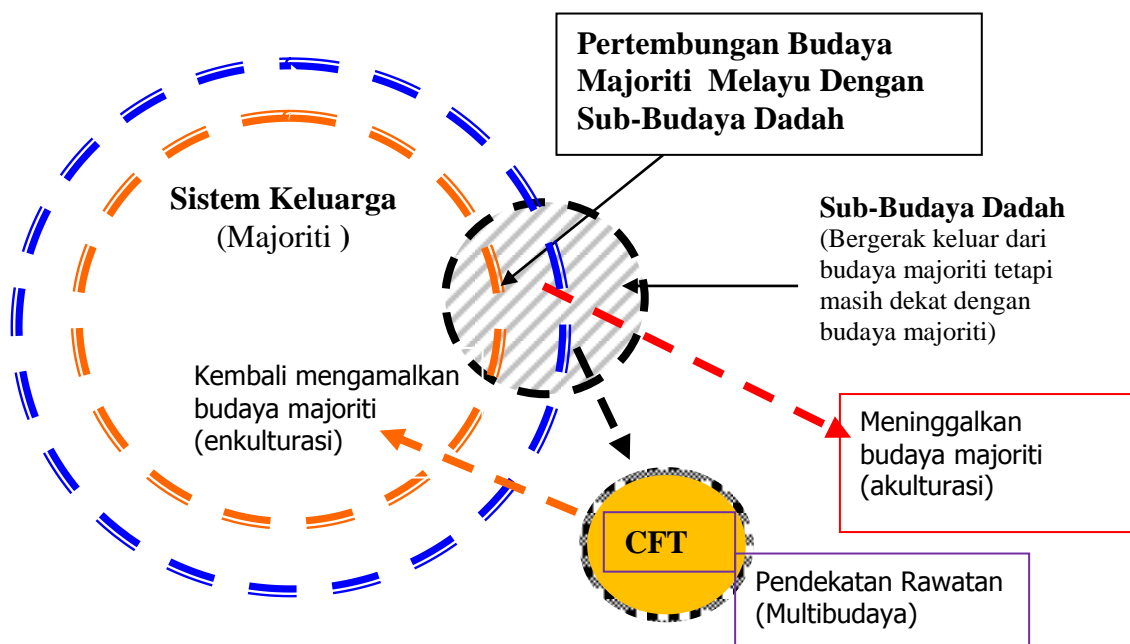
Tujuan:	Penyelidikan Kualitatif
Teori:	Rasional Pemilihan
Teori Kritikal	Kajian ini menggunakan definisi yang luas yang memasukkan paradigma mana-mana penyelidikan kualitatif yang menjurus kepada penjanaan dan pemerkasaan perubahan sosial secara langsung menerusi penyelidikan. Menurut teori ini, penyelidikan perlu mempunyai kaitan yang rapat dengan nilai-nilai masyarakat, sementara kesedaran tentang nilai-nilai masyarakat merupakan tujuan penyelidikan di adakan.
Tujuan:	Model Penagihan & Penagihan Semula/Relaps
Teori Pembelajaran Sosial	Penagihan dipelajari dari persekitaran. Persekitaran dan budaya saling mempengaruhi. Penagihan melibatkan pembelajaran dan penghijrahan ke dalam budaya baru (sub-budaya dadah). Pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga, dan kemahiran daya tindak berupaya meningkatkan atau mengurangkan efikasi-diri dalam membantu PSP mengekang relaps.
Tujuan	Pendekatan Rawatan Integratif (CFT)
	Rasional Pemilihan
Teori Identiti Sosial	Ketaatan dan kecenderungan mengidentifikasikan diri dengan keluarga ( <i>familial-self</i> ) (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997) dalam kalangan ahli masyarakat kolektivisme terjelma dalam nilai kesetiaan dan identiti sosial digambarkan dalam bentuk kecenderungan mereka saling bergantung sesama mereka.
Teori Sistem	Homeostasis merupakan dinamika keluarga yang dipertahankan oleh seluruh ahli keluarga menggunakan satu set peraturan yang diwarisi dari generasi terdahulu. Penagihan dadah mengancam homeostasis keluarga. Keluarga termasuk PSP akan berusaha mendapatkan homeostasis semula.
Teori Adlerian	Mengambil beberapa ciri penting yang relevan dari perspektif multibudaya dan budaya Melayu seperti mementingkan konteks sosial dan budaya, memberi perhatian kepada perspektif kehidupan yang holistik, memahami individu dari sudut keinginan dan matlamat hidup mereka, dan menekankan kebebasan dalaman yang sesuai dengan konstrain atau kawalan budaya dan nilai masyarakat.
Teori Budaya Kolektivisme (Melayu)	Budaya kolektivisme Melayu amat mementingkan homeostasis atas sifat kesetiaan, sendiri kekeluargaannya dan amalan agamanya.
Teori Multibudaya	PSP dan keluarga mereka berada di dalam dua budaya yang berbeza dan bertentangan. Pendekatan multibudaya yang terbuka sifatnya memberi ruang kepada PSP dan keluarga mereka untuk memahami antara satu dengan lain dari perspektif mereka sendiri.

**Jadual 1.7: Pemilihan Teori Penyelidikan dan Kewajaran Pemilihannya**

Bagi tujuan rawatan, pendekatan keluarga yang bersifat integratif seperti yang telah dibincangkan pada para 1.6.11. Modul Terapi CFT (Pendekatan Integratif) digunakan. Teori yang terangkum di dalam modul CFT menggabungkan Teori Identiti Sosial, Teori Sistem, Teori Adlerian, Teori Budaya Kolektivisme dan Teori Multibudaya. Teori Identiti Sosial membincangkan mengenai ketaatan, keakuran, dan kecenderungan mengidentifikasikan diri dengan keluarga (*familial-self*) yang wujud dalam budaya Kolektivisme. Teori Sistem menekankan konsep homeostasis yang merupakan dinamika keluarga mempertahankan satu set peraturan yang diwarisi dari generasi terdahulu sebagai asas perpaduan keluarga. Beberapa ciri penting Teori Adlerian didapati relevan dengan perspektif multibudaya dan budaya Melayu seperti mementingkan konteks sosial dan budaya, memberi perhatian kepada perspektif kehidupan yang holistik, memahami individu dari sudut keinginan dan matlamat hidup mereka, dan menekankan kebebasan dalaman yang sesuai dengan konstrain atau kawalan budaya dan nilai masyarakat.

Daripada perspektif budaya, untuk menjadi ahli masyarakat yang 'baik', individu perlu menghayati nilai dan budaya masyarakatnya. Begitu juga sebaliknya, untuk menjadi seorang penagih dadah yang 'baik', individu perlu membudayakan dirinya dengan pelbagai nilai sub-budaya dadah seperti menipu, memutar belit, mencuri dan sebagainya. Proses ini dikenali sebagai akulturasi iaitu satu proses di mana, seorang individu itu meninggalkan gaya hidup lamanya dan menggantikan dengan cara yang baru (Romero, Silva, & Romero, 1989). Dalam proses ini, individual secara perlahan-lahan dipengaruhi pada satu tahap oleh elemen-elemen dari dua budaya. Proses ini bukanlah mudah untuk dilalui. Menurut Yeh dan Hwang (2000) untuk mengimbangi permintaan kedua-dua budaya ini secara serentak, individu akan mengalami

“*psychological stress, guilt, apathy, depression, delinquency, resentment, disorientation, and poor self-esteem*”. Marlatt dan Donovan (2005) berpendapat sekiranya individu tidak mengalami tahap akulturasi yang tinggi atau masih merasa sedih dan takut disisihkan dari keluarga atau budayanya, maka pertimbangan untuk mendorongnya ke arah pembudayaan semula yang boleh membantu pemulihan mereka, perlu diberikan.



Rajah 1.3: Model 1- Rasional Pendekatan Multibudaya

Untuk memberikan perkhidmatan yang bersesuaian, adalah penting bagi seorang ahli terapi untuk menjangka di titik mana kedudukan klien pada kontinum akulturasi. Program pemulihan dadah PUSPEN yang menekankan peneguhan semula nilai budaya majoriti seperti solat berjemaah, menggalakkan menghubungi keluarga sebenar, bergotong-royong dan sebagainya, berpotensi menurunkan tahap akulturasi individu

dan membantu proses enkulturasi. Dengan lain perkataan, peluang untuk menarik keluar individu dari sub-budaya dadah kembali mengamalkan teras budaya majoritinya adalah lebih cerah. Kajian ke atas banduan dadah di Penjara Kajang, Penjara (Pusat) Dadah Jelebu, dan penghuni program *Therapeutic Community* Pengasih dan PUSPEN, menunjukkan terdapat kecenderungan yang tinggi untuk kembali ke pangkuan keluarga setelah mereka menamatkan hukuman dan program pemulihan mereka (Zall, 1984, 2004; Zall, Amran & Ismail, 2007).

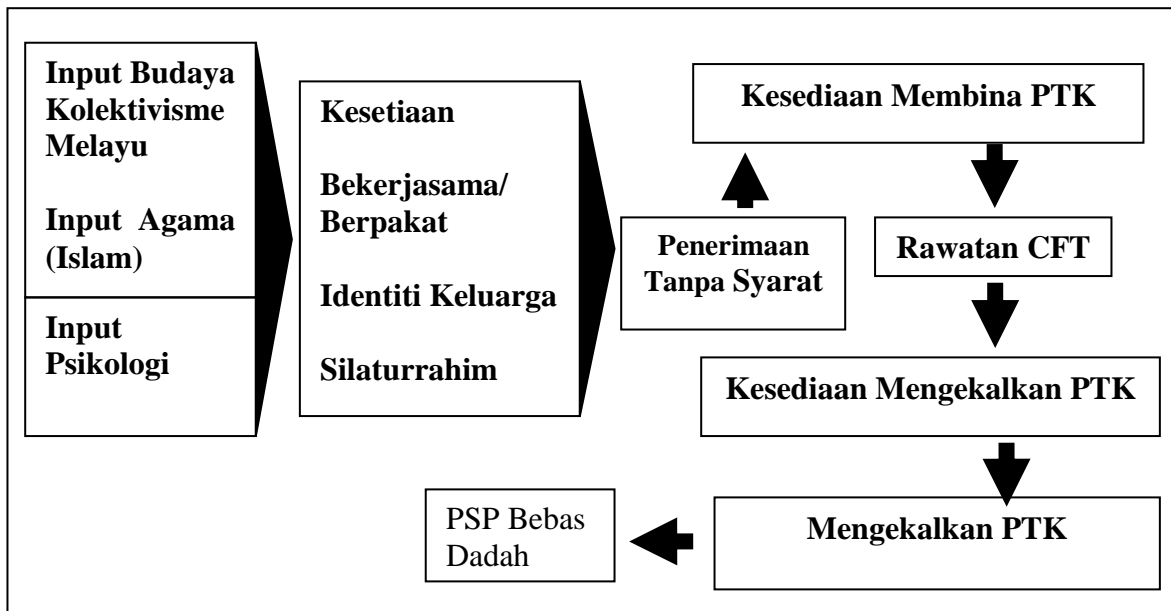
Dari kerangka teoretikal Rajah 1.3., pengkaji meletakkan penagih separa-pulih (PSP) di satu kawasan antara sub-budaya dadah dan budaya majoriti. Mereka boleh terdorong untuk memilih antara dua budaya untuk diikuti. Ahli terapi perlu memahami, menghormati kedua-dua budaya dan mempunyai kemahiran berinteraksi yang berkesan untuk menarik mereka untuk bekerjasama membentuk matlamat terapi dan mematuhi kaedah pencapaiannya. Kemahiran-kemahiran ini penting dalam menghadapi klien dari dwi-budaya seperti menjalankan terapi yang melibatkan dua kelompok individu dari budaya dan sub-budaya yang berbeza. Dalam hal ini, Blume dan Cruz, (2005) telah melakukan perbandingan ke atas tahap identifikasi/enkulturasi minoriti terhadap budaya majoriti dengan akulturasi/asimilasi mereka terhadap sub-budaya penagihan dadah. Tahap enkulturasi yang tinggi terhadap budaya majoriti memudahkan PSP dibawa keluar dari sub-budaya dadah. Sebaliknya, jika tahap akulturasi/asimilasi terhadap sub-budaya dadah lebih tinggi, usaha yang lebih keras diperlukan untuk menghalang relaps. Maklumat ini penting kerana ia mempengaruhi tahap penerimaan klien terhadap pendekatan kaunseling yang dijalankan.

Teras kepada pendekatan terapi yang digunakan dalam kajian ini, Modul Terapi Keluarga Kolektif (CFT) memberi penekanan kepada pendekatan multibudaya, menerima dan berkongsi tanggungjawab ke atas masalah penagihan PSP sebagai masalah bersama dan bergerak bersama-sama untuk mencapai matlamat secara kolektif. Ahli kelompok digalakkan berbincang secara terbuka dan ikhlas tanpa mengabaikan nilai-nilai budaya Melayu dan universal dalam hubungan kerja yang bersifat terapeutik antara PSP-keluarga-ahli-terapi. Isu-isu multibudaya dikenalpasti, difahami dan di atasi secara empatik bagi memastikan keberkesanan perkhidmatan yang diberikan oleh ahli terapi kepada klien yang berbeza daripada dirinya (Ridley, 1985). Kaedah integrasi yang menggabungkan dan menyesuaikan teori-teori multibudaya, teori sistem dan pembelajaran sosial dengan menggarap secara yang bersesuaian dengan budaya Melayu.

Rajah 1.3. di atas menunjukkan bahawa PSP wujud dalam satu sub-budaya yang bersifat marginal, dengan percubaan menyimpang dari budaya asal keluarga tetapi masih cenderung memasuki semula atau “pulang ke pangkuan keluarga”. Usaha untuk memahami kedua-dua ahli kelompok budaya dan sub-budaya ini memerlukan ahli terapi mengambil pendekatan multibudaya. Satu titik persetujuan bagi kedua-dua ahli budaya yang berbeza perlu dicari. Dalam konteks ini, terdapat perbezaan dan persamaan yang perlu kenal pasti, difahami, diterima dan diatasi atau dicari jalan penyelesaiannya. Penerangan mengenai perbezaan yang wujud antara mereka dapat dilakukan dengan mengimbangi sensitiviti kedua-dua pihak. Kepentingan kedua-dua

pihak perlu diberi menjadi asas kepada persetujuan untuk memulakan satu hubungan kerja yang terapeutik. Perubahan dari segi persepsi, kepercayaan dan keperluan antara penagih dadah, walau pun asalnya sama seperti amalan keluarga mereka, mengalami penderogan di bawah pengaruh sub-budaya dadah. Pendekatan multibudaya penting untuk membolehkan ahli terapi melihat perbezaan dan persamaan yang menjadi garis pemisahan antara dua kelompok klien secara yang jelas. Jika ini dapat dicapai, gagasan pakatan terapeutik yang menjurus kepada pencapaian matlamat intervensi yang sama akan dapat dibentuk.





**Rajah 1.4: Model 2 - Pendekatan Rawatan Pakatan Terapeutik Keluarga**

Ciri-ciri utama yang membezakan individu yang mengamalkan budaya kolektivisme dari individualism ialah sifat mereka yang cenderung mengidentifikasi diri mereka dengan keluarga (*familial-self*), akur dan setia terhadap keluarga/ibu bapa dan mereka cenderung mengutamakan kerjasama/gotong-royong dalam melaksanakan aktiviti hari mereka. Ini menjadikan mereka dilihat sebagai saling melengkapi (*interdependent*).

Berdasarkan kerangka Rajah 1.4 di atas menunjukkan bagaimana input budaya, agama dan psikologi mendorong subjek memiliki kesetiaan, menghargai identiti keluarga, bekerjasama atau berpakat dan mendokong nilai silaturrahim. Pendekatan rawatan yang menekankan kerjasama keluarga (pakatan terapeutik keluarga) adalah amat sesuai bagi

individu yang mempunyai latar belakang nilai-nilai kolektivisme yang menuntut hubungan silaturahmi diberi keutamaan dalam kalangan ahli keluarga.

## **1.8 Definisi Konsep dan Operasi**

Berikut adalah definisi beberapa konsep yang digunakan dalam kajian ini seperti membina, mengekalkan pakatan terapeutik, rawatan, pemulihan, dadah, kepulihan dan kaunseling penagihan dadah ( individu dan kelompok ).

### **1.8.1 Membina**

Membina bermaksud *to develop* iaitu mewujudkan sesuatu yang belum wujud seperti membina bangunan dari gabungan batu bata, simen, besi, kayu dan cermin atau menjalin hubungan ke di antara seorang kauselor dan klien. Dalam konteks kajian ini, membina pakatan terapeutik di antara PSP dengan keluarga mereka lebih kepada menjalin hubungan dan kerjasama yang ikhlas dan lebih bermakna bertujuan untuk memahami, mengambil berat dan berpakat untuk kebaikan sesama mereka bagi mencapai matlamat intervensi kelompok.

### **1.8.2 Mengekalkan**

Kekal merupakan perkataan asas kepada perbuatan mengekalkan atau *to maintain*. Ini bermaksud tidak ada kesudahan, tidak berubah atau bertahan untuk selamanya. Mengekalkan bermaksud terus mengamalkan sesuatu tingkah laku atau terus membiarkan kewujudan sesuatu jawatan, pangkat atau memastikan sesuatu itu tidak berubah sama ada dari semu rupa, bentuk, rasa, kegunaannya dsb. Dalam kajian ini, mengekalkan bermaksud meneruskan sesuatu tingkah laku yang baru diperolehi sebagai hasil persetujuan bersama. Perkataan mengekalkan dan meneruskan akan digunakan secara bertukar ganti tetapi membawa maksud yang sama.

### **1.8.3 Pakatan Terapeutik/Pakatan Kerja**

Pakatan merujuk kepada tahap hubungan di mana ahli terapi dan klien bersedia mengambil berat terhadap satu sama lain dan bersetuju mengenai matlamat dan usaha-usaha yang diperlukan untuk mencapai matlamat yang telah di bina bersama. Strupp (1992) mengatakan pakatan terapeutik merupakan pakatan kerja di mana ahli terapi, "*communicates commitment, caring, interest, respect, and human concern for the patient*". Bordin (1979), mengkonsepsikan pakatan kerja sebagai konstruks yang bersifat resiprokal. Kedua-dua pihak yang terlibat dalam proses terapeutik perlu bekerjasama ke arah meningkatkan hubungan ke tahap yang boleh membantu mereka mencapai matlamat terapi. Klien atas kapasitinya dirinya sendiri, perlu berusaha membantu dalam isu-isu terapeutik (Greenson, 1965). Pandangan ini telah diguna pakai secara meluas oleh para pengkaji pada masa kini ( Taft & Murphy, 2006).

Secara operasional, istilah pakatan terapeutik (*therapeutic alliance*) dan pakatan kerja (*working alliance*) merujuk kepada satu tahap hubungan silaturrahim antara klien, keluarga mereka dan ahli terapi yang mendorong mereka bekerjasama, prihatin terhadap satu sama lain, berpakat sesama sendiri untuk berusaha mencapai matlamat kelompok intervensi mereka. Dalam kes penyelidikan ini, ciri-ciri bekerjasama dan hubungan silaturrahim adalah ciri-ciri semulajadi budaya kolektivisme Melayu yang disokong kuat oleh ajaran agama Islam. Dengan demikian pakatan terapeutik (Rogers, 1957) atau pakatan kerja (Bordin, 1979) adalah selari dengan nilai semulajadi orang-orang Melayu.

#### **1.8.4 Kesetiaan**

Dalam kajian ini, kesetiaan bermaksud mewujudkan ikatan emosi dan tahap keakuran yang tinggi terhadap keluarga seperti bersedia mengorbankan kepentingan diri demi kepentingan keluarga.

#### **1.8.5 Identiti keluarga**

Identiti keluarga bermaksud mengaitkan diri atau identifikasikan diri dengan keluarga sendiri yang juga melibatkan ikatan emosi.

### **1.8.6 Ibu Bapa/Keluarga**

Ibu bapa (*parent*) sebagai orang yang melahirkan atau menyebabkan kelahiran, membesarkan anak dan mempunyai pertalian darah. Secara operasional, dalam kajian ini pengkaji mendefinisikan ibu bapa merujuk panggilan yang diberikan kepada “pasangan lelaki dan perempuan atau suami isteri” yang mempunyai anak dan mengetuai keluarga mereka.

### **1.8.7 Keluarga**

Keluarga merupakan kumpulan yang terdiri daripada suami dan isteri serta anak-anak, kaum kerabat dari keturunan yang sama. Keluarga sebenar, “*the family into which a person is born*” (*Mosby's Medical Dictionary*, Edisi Kelapan, 2009). Keluarga mengandungi satu kelompok domestik atau beberapa kelompok domestik yang lazimnya mempunyai hubungan darah, atau hubungan dari segi undang-undang seperti perkahwinan, keluarga angkat. Dalam kajian ini, pengkaji menggunakan definisi keluarga yang diberikan oleh *Miller-Keane Encyclopedia & Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health*, edisi ketujuh (2003) iaitu satu kelompok manusia yang mempunyai kaitan darah atau perkahwinan atau mempunyai hubungan yang kuat, seperti mempunyai sulur galur keluarga dari datuk nenek yang sama, atau seorang suami, isteri dan anak-anak mereka.” Sebuah keluarga mengandungi sekurang-kurangnya ibu atau bapa, dan anak-anak atau tiada anak. Dalam kajian ini, terma keluarga juga digunakan sebagai kata ganti kepada istilah ibu bapa kerana ibu bapa adalah juga sebahagian dengan keluarga.

### **1.8.8 Budaya**

Terdapat beberapa definisi budaya yang berbeza. Ini termasuklah, “pembolehubah etnografi seperti etnik, bangsa, agama, dan bahasa, dan pembolehubah demografi seperti umur, jantina, tempat kediaman, dan sebagainya, pembolehubah status seperti sosial, ekonomi, dan latar belakang pendidikan dan keahlian formal atau tidak formal dalam perbagai persatuan dan pertubuhan atau kelab” (Pedersen, 1990). Matsumoto (2000) merujuk budaya sebagai satu sistem peraturan yang dinamik, eksplisit dan implisit, dibentuk oleh kelompok manusia bertujuan untuk menentukan kelangsungan generasi mereka. Sikap, nilai, kepercayaan, norma-norma, dan tingkah laku menjadi asas kepada peraturan dan tatasusila yang dibentuk dan dikongsi bersama oleh ahli-ahli kelompok dan disebarkan ke seluruh generasi. Umumnya budaya dianggap sebagai satu konstruk peringkat makro yang juga beroperasi pada peringkat sosial, personal dan individual (Matsumoto, 2000). Oleh itu, budaya memainkan peranan yang penting membentuk asas konsep sendiri individu melalui pengaruhnya ke atas perasaan, pemikiran dan motivasi individu. Secara mudah, budaya merupakan cara hidup yang dipersetujui bersama oleh sesuatu kelompok masyarakat, manakal masyarakat mengandungi kelompok-kelompok individu yang lebih kecil dalam bentuk keluarga.

Pederson (2000) menghurai budaya dengan memasukkan pemboleh ubah demografik seperti umur, jantina, tempat kediaman, pemboleh ubah status seperti sosial, pendidikan, latar belakang ekonomi, pemboleh ubah etnografik seperti kerakyatan, etnik, bahasa, dan agama. Menghurai budaya dari perspektif yang luas menyediakan asas untuk kita memahami secara sepontan bahawa setiap orang adalah menjadi ahli kepada berbagai budaya. Pemboleh ubah dalam kelompok dan antara kelompok menerangkan persamaan dan perbezaan (Pederson, 2000). Budaya boleh dianggap sebagai lensa untuk mempersepsi kehidupan.

Menurut Sodowsky, Kwan, dan Pannu (1991), budaya merupakan, " *A set of people who have common and shared values, customs, habits, system of labeling, explanation, and evaluation social rules of behavior, perceptions, regarding human nature, natural phenomena, interpersonal relationship, time and activities, symbols, art and artifacts, and historical developments*". Segall, Dasen, Berry, dan Poortinga, (1990) pula mengatakan, pengaruh ekologi merupakan penggerak utama dan pembentuk budaya yang seterusnya membentuk tingkahlaku. Menurut mereka lagi, sekiranya budaya memiliki ciri-ciri sedemikian, maka budaya boleh didefinisikan sebagai keseluruhan apa yang individu pelajari dari orang lain.

Dalam kajian ini, pengkaji mendefinisi budaya secara umum dengan membahagikan budaya kepada Kolektivisme dan Individualisme. Pendekatan ini memberi ruang kepada pengkaji untuk membincangkan budaya secara umum tanpa perlu memberi perhatian kepada huraian pelbagai pengkategorian yang terlalu khusus.

### **1.8.9 Budaya Kolektivisme**

Istilah Kolektivisme adakalanya digunakan seolah-olah merujuk kepada konsep sendiri kolektif (Brewer and Gardner, 1996). Namun definisi yang melihat dari aspek hubungan seperti sendiri yang saling bergantung (*interdependent self*) (Markus & Katayama, 1991) di dapati lebih hampir dengan maksud sebenar kolektivisme (Masaki, 2003). Sebagai contoh, budaya kolektivisme Asian “... *are organized according to meaning and practices that promote the fundamental connectedness among individuals within a significant relationship (cth. family, workplace, and classroom)*” and that “*the self is made meaningful primary ub reference to those social relations of which the self is a participating part*” (Katayama, Markus, Matsumoto, Norasakkunkit, 1997).

Budaya Kolektivisme dalam kajian ini didefinisikan sebagai budaya kolektif Timur yang memberi penekanan kepada hubungan silaturrahim yang erat dalam kalangan ahli keluarga dan masyarakat. Ahlinya mempunyai kesetiaan yang tinggi, menjunjung maruah atau imej keluarga, lebih mementingkan matlamat kelompok atau keluarga mengatasi matlamat sendiri. Dalam hal ini, kesediaan untuk bekerjasama dan berpakat dalam budaya ini adalah tinggi.



### **1.8.10 Multibudaya**

Wright, Corey, dan Corey (1989) mengatakan, multibudaya merupakan terma umum yang menerangkan hubungan antara dan sesama dua atau lebih kelompok yang berbeza. Silang budaya, transbudaya dan interbudaya adalah terma yang mempunyai persamaan maksud. Terma multibudaya dilihat lebih tepat untuk menerangkan kompleksiti budaya. Umumnya multibudaya melibatkan bangsa, etnik, orientasi emosional, kelas sosial, agama, seks dan umur, multibudaya pula merujuk kepada kompleksiti budaya khususnya yang berkaitan dengan *delivery of services* (Corey & Corey, 2003).

Terma-terma lain yang digunakan dalam membincangkan praktis kelompok dalam konteks multibudaya termasuklah bangsa, etnik, minoriti dan budaya. Perdesen (1994) mendefinisikan terma-terma ini seperti berikut;

- i) Bangsa adalah berkaitan dengan perkongsian sejarah genetik atau ciri-ciri fizikal
- ii) Etnik melibatkan perkongsian warisan sosiobudaya dari segi agama, atau datuk nenek (susur galur keturunan) yang sama.
- iii) Minoriti merupakan satu kelompok yang menerima layanan yang berat sebelah dan berbeza kerana diskriminasi kolektif.

Dalam kajian ini, multibudaya didefinisikan perbezaan cara hidup penagih separa pulih dan keluarga mereka yang membentuk golongan minoriti (PSP) yang menerima

diskriminasi secara kolektif disebabkan mengamalkan sub-budaya penagihan dadah mereka, dan menyeleweng dari budaya golongan majoriti (keluarga) yang mewakili nilai-nilai budaya masyarakat arus perdana. Dua golongan ini, walau pun berasal daripada satu keluarga yang sama, perubahan cara hidup dari mengamalkan nilai budaya arus perdana kepada mengamalkan nilai sub-budaya dadah menyebabkan tingkahlaku dan persepsi PSP atau *world view* mereka turut berubah.

#### **1.8.11 Akulturasi**

Akulturasi (*acculturation*) adalah proses mengadaptasi, dalam banyak kes, mengamalkan, budaya asing yang berbeza daripada budaya amalan nenek moyang sendiri (Matsumoto & Juang, 2008). Secara operasi, dalam kajian ini akulturasi merujuk kepada kecenderungan individu menerapkan budaya asing dan menjadikannya amalan hidupnya. Penglibatan yang menyeluruh ke dalam sub-budaya penagih dadah berlaku apabila individu benar-benar menjadikan dadah sebagai keperluan utama dalam kehidupannya, turut mempengaruhi kepercayaan pemikiran, tingkah lakunya.

#### **1.8.12 Enkulturasi**

Enkulturasi secara umum didefinisikan sebagai proses individu mempelajari cara bertingkahlaku budaya ibu bapa mereka (Matsumoto & Juang, 2008). Ia merupakan produk kepada proses sosialisasi iaitu, “ . . . *the subjective, underlying, psychological aspects of culture that become internalized through development.*” (Matsumoto, 2000). Persamaan dan perbezaan enkulturasi dengan sosialisasi dengan demikian, berkait rapat dengan persamaan dan perbezaan istilah budaya dan masyarakat.

Proses enkulturasi juga merujuk kepada kecenderungan individu kembali mengamal atau mengidentifikasi dirinya dengan budaya tradisinya. Dalam kajian ini, enkulturasi didefinisikan sebagai proses yang melibatkan kecenderungan individu untuk mengamal semula budaya tradisinya. Sebagai contoh dalam kajian ini ialah, kecenderungan penagih dadah untuk meninggalkan tabiat dan gaya hidup yang diamalkan semasa menagih dadah dan kembali mengamalkan budaya yang diamalkan oleh keluarga dan masyarakatnya.

### **1.8.13 Tingkahlaku Penagihan**

Marlatt & Donovan (2005) merujuk “tingkahlaku penagihan” yang secara tradisinya difikirkan sebagai penagihan (seperti penagih alkohol, candu, kokain, dan lain-lain bahan perangsang seperti methamphetamines, ganja, dadah kelab, dan rokok). Tingkahlaku penagihan mempunyai ciri-ciri seperti berpotensi menyebabkan toleran dan pergantungan, berpotensi menjadi penyebab kepada masalah asas genetik dan neurokimia. Tingkahlaku sedemikian juga sering kali dilihat sebagai penagihan disebabkan ia melibatkan pengambilan beberapa jenis bahan.

Selari dengan pandangan ini, tingkahlaku penagihan ini dikelompokkan bersama-sama tingkahlaku yang berpunca dari pengambilan bahan dalam sistem diagnostik seperti edisi ke 4 *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Dalam semakan sistem DMS (DSM- 1V- TR: American Psychiatric Association, 2000), tingkahlaku ini dikategorikan sebagai

pengantungan kepada penyalahgunaan bahan kimia. Tingkahlaku yang tidak berkait dengan penggunaan bahan kimia seperti berjudi, kecelaruan tabiat makan, tingkah laku seksual juga dimasukkan dalam definisi operasional mereka. Menurut Donovan (2005), tindakan mereka memasukkan tingkah laku penagihan bukan tradisional adalah selari dengan definisi operasional tingkahlaku penagihan yang luas oleh penulis-penulis lain seperti Goodman (1990), dan Smith dan Seymour (2004). Dalam kajian ini, tingkah laku penagihan merujuk kepada penagihan yang berpunca daripada pengambilan dadah seperti heroin, morfin, syabu, dan bahan-bahan kimia yang memberi kesan toleransi dan pergantungan.

#### **1.8.14 Penagihan**

Secara tradisi, istilah penagihan digunakan untuk mengenalpasti tingkahlaku yang merosakkan diri sendiri yang turut merangkumi komponen farmakologi. Persatuan Psikiatri Amerika (1980) mendefinisikan penagihan sebagai merangkumi tahap gila yang tinggi, simptom tarikan, keinginan untuk mendapat lebih banyak dadah untuk mendapat kesan yang sama. Martin, Weinberg & Bealer (2007) pula mendefinisikan penagihan sebagai, "*... as a persistent repetitive, and often irresistible self-destructive activity that, at least in the beginning, is perceived as rewarding by individuals, but that robs them of time, resources, or the motivation to do the things that are part of their lives before becoming addicted.*"

Menurut DiClemente (2006) paling serius apabila definisi menghadkan istilah penagihan sebagai komponen kepada label yang diberikan kepada individu yang mengalami pergantungan fisiologi kepada satu atau lebih dadah. Lazimnya definisi di atas di aplikasikan secara sempit, seperti kepada penagihan heroin, ganja, kokain dan barbiturat disebabkan bahan-bahan ini merupakan bahan larangan dan ia memenuhi definisi pergantungan fisiologi.

Definisi penagihan kini sudah diperluaskan kepada bahan-bahan yang secara semulajadi menimbulkan keinginan individu untuk mengambilnya berulang kali, boleh merosakkan diri sendiri, dan mengalami kesukaran untuk menghentikan tingkahlaku mengulangi pengambilannya (Orford, 1985). Dalam literatur penyalahgunaan bahan, penagihan juga didefinisi sebagai penyakit otak (Leshner, 2006), perbuatan yang berdosa (Rosin, 2000), mengalami rasa kehampaan atau ketidakupayaan (Dodes, 2003), satu tabiat buruk (Peele, 2004), masalah moral dan spiritual (Dalrymple, 2006), dan masalah motivasi (Miller & Carroll, 2006).

Definisi penagihan yang digunakan di dalam tesis ini turut mengambilkira sudut pandangan budaya kolektivisme Melayu (masalah moral dan pelanggaran norma dan nilai budaya) dan ajaran agama Islam (berdosa). Tingkahlaku ini dipelajari dan telah menjadi tabiat yang sukar diubah walaupun individu mengalami peristiwa-peristiwa yang dramatik dan kesan penagihan yang negatif seperti ditangkap dan dipenjara atau dimasukkan ke pusat pemulihan dadah, dibuang kerja, isteri minta cerai dan anak-anak menjauhkan diri dan sebagainya.

### **1.8.15 Penagih Dadah**

Penagih dadah, mengikut Akta Dadah 234 – Akta Dadah Bahaya 1952 (Pindaan 1980) bermaksud;

*“..... a person who through the use of any dangerous drug undergoes a psychic and sometimes physical state which is characterised by behavioural and other responses including the compulsion to take the drug on a continuous or periodic basis in order to experience its psychic effect and to avoid the discomfort of its absence”.*

Definisi di atas menjelaskan bahawa seorang yang menagih dadah berbahaya dapat dilihat dari perubahan fizikal atau psikik yang dialaminya. Perubahan juga merangkumi lain-lain respons fizikal dan mental termasuk desakan dalamannya untuk menggunakan dadah secara berterusan atau berkala bertujuan untuk mengalami kesan psikik bagi menghilangkan ketidakselesaan yang wujud kerana tidak menggunakannya.

Secara operasional, penagih dadah merujuk kepada individu yang bergantung kepada dadah secara berterusan bertujuan untuk mengalami kesan psikik bagi menghilangkan rasa tidak selesa kerana tidak menggunakannya.

### **1.8.16 Kebergantungan Bersama (*Codependency*)**

Keluarga yang mempunyai ahli-yang-menagih-dadah (AKM) dikenali juga sebagai kodependen atau orang-orang yang turut sama menjalani gaya hidup seperti AKM di dalam keluarga mereka. Kebergantungan bersama (*codependency*) pula merujuk kepada corak hubungan yang dengan mudah memberi justifikasi untuk menyokong tingkahlaku AKM dalam keluarga mereka untuk meneruskan tingkahlaku penagihan (Ruben, 2001). Oleh kerana kodependen mempunyai hubungan yang rapat dan berterusan dengan AKM, mereka juga turut bertingkahlaku seperti AKM - berbohong untuk melindungi AKM (dari menerima akibat penagihan mereka), menyediakan wang untuk AKM membeli dadah, mengelakkan diri daripada menghadiri perjumpaan sosial dan sebagainya. Dengan demikian, kodependen boleh juga menjadi 'pembantu' atau *enabler* apabila secara sedar mereka bertindak melindungi AKM dari hukuman atau kesan negatif yang terhasil dari penagihan mereka.

Menurut Doweiko (2006), kebanyakan definisi bertujuan mengenalpasti,

*. . . different core aspects of codependency: (a) the over involvement with the dysfunctional family member, (b) the obsessive attempts by the codependent person to control the dysfunctional family member's behaviour, (c) the extreme tendency to use external sources of self-worth (e.g., approval from others, including the dysfunctional person in the relationship), and (d) the tendency to make sacrifice in the attempt to "cure" the dysfunctionl family member of his or her behaviour (m.s. 322).*

Dalam kajian ini, keluarga tidak dilihat dari sudut yang negatif tetapi sebagai sumber terapeutik yang sangat berharga dan boleh digunakan sebagai sistem sokongan untuk mengekang relaps atau mengekalkan kefungsiian hidup PSP.

#### **1.8.17 Pemulihan Penagih Dadah**

Pemulihan merupakan proses yang berlaku selepas detoksifikasi dan ia diperlukan untuk menghalang pengulangan semula penggunaan dadah. Menurut Tounge dan Turner (1988), pemulihan dadah merujuk kepada proses meletakkan semula individu ke tempat atau pada keadaan asalnya sebelum ia menagih dadah. Secara operasional, dalam kajian ini, pemulihan dadah merujuk kepada usaha untuk mengembalikan individu yang menagih dadah kepada tahap kefungsiannya sebelum ia terlibat dalam penagihan.



### **1.8.18 Kepulihan (*Recovery*)**

Walau pun sehingga ini masih belum terdapat kata sepakat dalam kalangan pakar mengenai satu definisi yang menyeluruh mengenai kepulihan, Betty Ford Institute Consensus Panel, (2007), menunjukkan pemenerimaannya terhadap beberapa definisi yang dianggap mewakili pandangan yang jitu mengenai kepulihan; Salah satu definisi tersebut ialah definisi yang dikemukakan oleh White (2006). Definisi White (2006) merumuskan bahawa, “Kepulihan merupakan kontinum proses dan pengalaman yang boleh digunakan oleh individu, keluarga dan masyarakat untuk menggembeling sumber luaran dan dalaman bagi menangani masalah pergantungan dan penagihan dadah, mengurus secara aktif segala kesukaran untuk menghadapi masalah kepulihan yang berpanjangan, dan membina kehidupan yang sihat dan bermakna. Penekanan definisi ini merangkumi semua aspek kepulihan termasuk usaha dan penglibatan individu, keluarga dan masyarakat.

Gordon (2002) lebih memberi penekanan kepada apa yang perlu individu capai dalam usahanya untuk memulihkan dirinya. Beliau mendefinisi kepulihan sebagai bebas dari pergantungan individu sepenuhnya kepada dadah yang menjadi pilihannya (*drug of choice*), dan turut bebas dari sepenuhnya dari penggantungan bahan yang boleh menyebabkan ketagihan atau pengambilan semula bahan (termasuk dadah pilihan penagih), walaupun pada kadar yang dianggap rendah.

Dalam kajian ini, secara opsional kepulihan merujuk kepada proses yang mendorong dan mengekalkan abstinensi atau meninggalkan tabiat menagih dadah di samping membuat perubahan dalam hubungan interpersonal dan intrapersonal. Proses ini memerlukan usaha dan komitmen individu sepanjang hayatnya.

### **1.8.19 Relaps**

Secara umum, relaps merujuk kepada kegagalan individu dalam percubaan untuk berubah atau memodifikasi sesuatu tingkahlaku yang disasarkan (Marlatt & Donovan, 2005). Walau bagaimanapun, definisi relaps adalah lebih kompleks disebabkan maksud yang dikonotasikan oleh perkataan “relaps” di dalam literatur. Misalnya Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg, and Jackson (1983), Saunders and Allsop (1987, 1989), Chiauuzzi (1991), Wilson (1992) dan lain-lain telah mendefinisikan relaps secara yang berbeza. Miller (1996) menyarankan sekurang-kurangnya tiga maksud relaps i) wujud atau tidak tingkahlaku secara deskriptif, ii) tingkahlaku yang melampaui satu had, dan iii) satu penilaian mengenai tingkahlaku yang relatif kepada standard tingkahlaku yang boleh diterima oleh individu atau oleh masyarakat secara umum.

Lain-lain definisi termasuklah i) satu proses secara yang perlahan-lahan mengarah kepada penggunaan bahan atau penglibatan semula tingkahlaku penagihan selepas satu tempoh abstinensi ii) pengambilan dadah yang jarang dilakukan yang boleh didefinisikan sebagai satu permulaan penggunaan bahan (“laps”), iii) kembali kepada tahap penggunaan dadah yang asal (relaps), iv) menggunakan dadah secara berturutan bagi satu tempoh (“pengambilan yang berisiko”), v) hasil daripada penggunaan bahan yang menimbulkan keperluan untuk mendapatkan rawatan (residivisme)

Bagi kebanyakan pengkaji, relaps dilihat sebagai proses yang kompleks. Bagi mereka, relaps bukan sebagai titik mula kepada penagihan semula, tetapi sebagai proses transisi dari “lap” kepada “relaps” (Lariner, Palmer, & Marlatt, 1999). Laps atau tergelincir (*slips*) merupakan proses yang berbeza dari relaps, dan intervensi untuk menghentikan *laps* akan menghalang relaps sepenuhnya. Menurut pandangan ini, *laps* mungkin merupakan sebahagian dari proses kepulihan. Manakala relaps merupakan sebahagian dari proses pembelajaran yang akhirnya menghasilkan kepulihan (Tims, Leukefeld & Platt, 2001).

Secara operasional, relaps merujuk kepada ketidakupayaan penagih separa-pulih mengekalkan perubahan tingkahlaku atau pergantungan kepada dadah atau membebaskan diri dari menggunakan apa juga jenis bahan yang mempunyai kesan ketagihan.

#### **1.8.20 Pencegahan Relaps**

Menurut Marlatt dan Donovan (2005), pencegahan relaps merujuk kepada, “.... *is a self-management program designed to enhance the maintenance stage of the habit-change-process.*” Matlamat pencegahan relaps ialah untuk mendidik individu yang sedang berusaha untuk mengubah tingkahlaku bagaimana meramal dan menagani masalah relaps.

Secara operasional, pencegahan relaps merujuk kepada satu terma umum dalam bidang tingkahlaku penagihan bagi strategi kognitif dan tingkahlaku yang dibentuk untuk mengekang relaps. Strategi ini memberi fokus kepada isu-isu penting untuk membantu

individu mengubah tingkahlaku mereka dan mengekalkan kebaikan yang mereka perolehi dalam tempoh rawatan.

### **1.8.21 Kaunseling Multibudaya**

Locke (1990) mengatakan kaunseling multibudaya secara umum merujuk kepada kaunseling “*in which the counselor and client differ.*” Perbezaan boleh disebabkan dari hasil sosialisasi budaya yang unik, pengalaman dari peristiwa atau pengalaman hidup yang traumatik, atau sebagai produk yang dihasilkan oleh pendidikan dan dibesarkan di dalam sesuatu persekitaran etnik. Sue dan Sue (2003) pula mengatakan kaunseling multibudaya merujuk kepada peranan dan proses yang menggunakan pendekatan menolong yang mendefinisikan matlamat selari dengan pengalaman hidup dan nilai budaya klien, memberi penilaian yang seimbang kepada kepentingan individualisme dan kolektivisme, membuat diagnosis dan menjalankan rawatan. Arredondo, Toporek, Pack, Sanchez, Locke, Sanchez, dan Stadler, (1996) mengatakan bahawa kaunselor multibudaya mengintegrasikan multibudaya dan kesedaran budaya yang spesifik, pengetahuan dan kemahiran dalam amalan kaunseling mereka.

Secara operasional, kaunseling multibudaya merujuk kepada pendekatan rawatan yang terbuka dan menghargai kepelbagaian dan perbezaan dalam kalangan (PSP) dan ahli keluarga mereka yang tercetus dari amalan budaya dan agama khususnya mengenai dadah dan isu-isu di sekitar penagihan.

## 1.9 Penutup

Orang Melayu Malaysia, sama seperti sebahagian besar bangsa yang mendiami Tenggara Asia, China dan Jepun mengamalkan budaya kolektivisme dalam kehidupan mereka sehari-hari (Heine, Lehman, Markus, & Kitayama, 1999). Budaya kolektivisme dikaitkan dengan hubungan yang akrab dalam kalangan ahli keluarga, mengidentifikasi dengan keluarga dan mempunyai tahap kesetiaan kepada keluarga yang tinggi (Triandis dan rakan-rakan 1988; Yamaguci, 1994). Nilai budaya kolektivisme juga dicirikan oleh sifat ahli-ahlinya yang saling bergantung antara satu dengan yang lain, dan berfokuskan keluarga dan ibu bapa (Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997; Masaki Yuki, 2003). Terdapat kecenderungan yang tinggi dalam kalangan ahli-ahli keluarga dan masyarakat ini untuk membuat keputusan yang memberi keutamaan kepada matlamat kelompok daripada kepentingan individu.

“Balik kampung” atau “pulang ke pangkuan keluarga” sangat sinonim dengan kehidupan orang-orang Melayu. Fenomena ini menerangkan dalam apa juga keadaan – sedih, gembira, susah atau senang, “pulang ke pangkuan keluarga” merupakan antara keputusan lazim bagi sebahagian besar etnik Melayu yang mempunyai keluarga asal. Ibu bapa lazimnya menjadi tempat rujuk untuk mendapat bantuan atau mengatasi pelbagai masalah, dan ibu bapa jarang gagal untuk membantu anak-anak yang pulang ke pangkuan mereka. Keadaan ini memberi kelebihan kepada klien dan keluarga mereka dari bangsa Melayu untuk menggunakan pendekatan yang menekankan pakatan terapeutik atau pakatan kerja disebabkan wujudnya nilai-nilai budaya dan agama yang menyokong dan selari dengan pakatan terapeutik itu sendiri.

## **BAB DUA**

### **SOROTAN LITERTATUR**

#### **2.1 Pendahuluan**

Bahagian ini membincangkan mengenai pakatan terapeutik dan penggunaannya dalam bidang kaunseling dan terapi moden, serta penerimaannya sebagai satu konstruks yang mempunyai kekuatan yang tersendiri khususnya yang menekankan hubungan antara klien dengan ahli terapi. Seterusnya, turut juga dibincangkan di bahagian ini latarbelakang ringkas hubungan terapeutik yang wujud secara meluas sebagai kuasa “penyembuh” dalam pengubatan tradisional pelbagai budaya (Gilbert & Leahy, 2007), termasuklah budaya Melayu sejak zaman berzaman. Akhirnya, pengkaji akan menyentuh mengenai justifikasi penggunaan pakatan terapeutik di dalam kajian ini bersandarkan literatur yang diperoleh pengkaji.

#### **2.2 Sejarah Awal Pakatan Terapeutik**

Usaha untuk mengubati manusia yang mengidapi pelbagai penyakit menggunakan kuasa semulajadi yang berasaskan hubungan antara “penyembuh” (*healer*) dan “pesakit” (*sufferer*), telah merupakan sebahagian daripada budaya manusia beratus tahun yang lalu (Ellenberger, 1970). Lebih dua ribu tahun lalu Hippocrates, ahli fizik (*physician*) Greek menyarankan bahawa hubungan antara ahli fizik dengan pesakit merupakan kunci kepada penawar (*healing*) dalam proses pengubatan.

Sementara itu, Csordas (2002) menyatakan dalam banyak masyarakat, proses pengubatan kerap kali melibatkan “peristiwa ritual” termasuklah tingkahlaku umum melibatkan minda, tubuh badan dan/atau roh atau kuasa ghaib) yang difokuskan kepada pengubatan. Aksi persembahan seperti mengusap badan pesakit dengan tangan dan penggunaan lisan dalam pembacaan mantra adalah merupakan retorik yang membentuk makna yang tersendiri dalam dunia pengubatan.

Retorik transformasi berjaya mencapai matlamat terapeutiknya dengan mewujudkan perasaan yang positif kepada pesakit bahawa ia sedang dirawat. Dalam hal ini Csordas (1988) berpendapat, “ ... *a disposition to be healed, invoking experience of the scared, elaborating previously unrecognized alternatives, and actualizing change in incremental steps*”. Dengan demikian, kuasa sosial yang terbina daripada hubungan ini diberikan kepada tukang ubat (penyembuh), emosi dan pengalaman perhubungan yang dikongsi bersama oleh pesakit dan tukang ubat, dan langkah-langkah yang perlu diambil untuk berubah, dilihat sebagai kunci kepada kejayaan proses sesuatu pengubatan.

Pada abad ke 19, masyarakat Barat berada di bawah pengaruh sains, positivisme dan idea evolusi. Minda manusia dikatakan telah melalui proses evolusi dari bentuk kehidupan yang sebelumnya (Ellenberger, 1970). Kecelaruhan psikologi tidak lagi dilihat sebagai berpunca dari kuasa supernatural tetapi sebaliknya berpunca dari proses operasi dari dalam minda pesakit, khususnya konflik antara kehendak (*desire*) dan dorongan/desakan (*impulses*), dengan penerimaan masyarakat. Ketika ini juga profession ahli psikoterapi wujud, berperanan untuk membina hubungan yang boleh

membantu pesakit atau klien. Kejayaan menyedarkan klien tentang wujudnya isu memori yang tertekan dan konflik secara yang tidak disedari ini dipercayai boleh mengembalikan kesihatan (Ellenberger, 1970).

Dalam psikoterapi Freud, kaedah terapeutik digunakan untuk mengeluarkan bahan-bahan yang berada di bawah sedar klien (Corey, 2009a). Pengalaman masa kanak-kanak dibina semula, dibincang, diinterpretasi dan dianalisis. Dengan demikian, proses ini tidak terbatas kepada mengatasi masalah, dan mempelajari tingkahlaku yang baru dan positif. Pada tahun 1965, Carl Rogers menyarankan perubahan yang besar kepada pandangan psikoanalisis. Beliau mengatakan peranan ahli terapi bukan untuk membuat interpretasi atau meneroka transferen tetapi mewujudkan keadaan (menggunakan empati, penerimaan positif, dan mesra) yang boleh membantu klien mencari jalan mereka sendiri untuk memulihkan diri mereka.

Dengan lain perkataan, pandangan ini menyarankan bahawa hubungan melalui terapi mendorong pergerakan klien untuk pulih. Menurut Corey (2008), walaupun analisis tranferen masih dilihat sebagai satu jenama kepada terapi psikodinamik, bagi kebanyakan ahli terapi pada masa ini, model ahli terapi yang tidak peramah bukan lagi sesuatu yang ideal. Strupp (1992 dalam Corey, 2008) mengkritik amalan meneroka transteren adalah *“...represent a serious and frequently noxious miscarriage of the therapeutic role.”*



Menurut Corey (2008) lagi, satu perkembangan yang paling signifikan dan mendapat pengiktirafan sebagai sangat penting dalam terapi yang berorientasikan psikoanalisis ialah hubungan terapeutik. Berbeza dengan model klasik yang tidak personal dan sebagai penganalisis yang terasing, formulasi masa kini memberi penekanan kepada pakatan terapeutik, hubungan kerjasama di mana ahli terapi “*communicates commitment, caring, interest, respect, and human concern for the patient*” (Strupp, 1992).

Daripada segi latar belakang sejarah psikoterapi Barat, konsep pakatan memainkan peranan penting semasa teori psikoanalitik cenderung memberi penekanan kepada aspek teknik rawatan dan mengurangkan penekanan kepada aspek hubungan autentik individu yang terjalin di antara ahli terapi dan klien. Sebaliknya apabila berlaku perubahan pemikiran berkaitan kepada pemikiran yang menekankan tema seperti pengaruh mutual antara ahli terapi dan klien, pentingnya fleksibiliti dan kesepontanan ahli terapi, dan pentingnya aspek autentik hubungan terapeutik, kepentingan konsep pakatan dikatakan semakin menurun (Safran & Muran, 2006). Walau bagaimanapun, pakatan terapeutik untuk sekian lama merupakan topik yang popular dalam penyelidikan psikoterapi (Safran & Muran, 2006). Terdapat bukti yang konsisten bahawa pakatan terapeutik yang berkualiti boleh meramal keputusan rawatan (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Garske & Davis, 2000; Horvath & Bedi, 2002). Menurut Safran dan Muran (2006) pakatan terapeutik masih mengekalkan popularitinya disebabkan adanya perubahan paradigm dalam kebanyakan tradisi psikoterapi yang memberi penekanan kepada pentingnya faktor perhubungan dalam rawatan. Dalam

kalangan ahli psikoanalisis Amerika Utara (Mitchell & Aron, 1999) bukti –bukti dari penyelidikan psikoterapi dikatakan mempengaruhi mereka.

### **2.3 Gagasan Pakatan**

Dari perspektif psikodinamik, Lubrosky (1976) telah menghuraikan dua elemen pakatan yang beroperasi pada peringkat yang berbeza dalam satu-satu proses rawatan. Dalam satu lagi tulisan beliau, Luborsky (2000) mengatakan bahawa pakatan yang berlaku pada awal rawatan atau dikenali sebagai “Jenis 1”. Pakatan jenis ini mengandungi persepsi klien mengenai penerimaan pertolongan dan sokongan yang ditawarkan oleh ahli terapi dan kepercayaan klien bahawa rawatan yang dijalankan, perubahan akhirnya akan dapat dicapai. Dengan demikian, pertolongan dan sokongan yang ditawarkan oleh ahli terapi juga mengandungi kapasiti kepentingan perhubungan untuk menggalakkan persekitaran rawatan yang positif.

Seterusnya Luborsky (2000) juga mengatakan, pada peringkat akhir rawatan, pakatan (Jenis II) melibatkan komponen ikatan dan pengalaman bekerjasama ke arah mencapai matlamat terapeutik yang telah dipersetujui bersama. Sasaran matlamat adalah usaha untuk mengatasi masalah yang dikemukakan oleh klien. Persetujuan dalam hal ini turut memasukkan punca masalah atau masalah-masalah yang dipersetujui mempunyai kaitan dengan masalah utama, untuk dijadikan matlamat bersama.

Frieswyk, Alen, Colson, Coyne, Gabbard, Horowitz, & Newsom, (1986), merujuk pakatan sebagai penglibatan klien dalam melaksanakan tanggungjawab semasa rawatan. Mereka berpendapat, sumbangan ahli terapi kepada rawatan adalah sebahagian dari pakatan, manakala tindakan klien dianggap pakatan sebenar apabila dilihat sebagai menyumbang kepada interaksi dua hala dengan tingkah laku ahli terapi. Walau pun definisi mereka ini mungkin sedikit berbeza, namun mereka dianggap masih mengambil kira peranan ahli terapi dan klien dalam membentuk pakatan. Menurut Gaston dan Marmar, (1994), pandangan Frieswyk dan rakan-rakannya (1986) masih dianggap selari dengan lain-lain pandangan, selagi mereka masih melihat pakatan mewakili perbezaan, saling melengkap dan menepati dimensi gagasan pakatan global.

Mengambil perspektif di atas, pakatan terapeutik boleh dilihat sebagai merujuk kepada elemen kerjasama klien yang berkesan berdasarkan kepada rasa hormat menghormati dalam proses rawatan yang bertindak balas dengan gaya bekerja dan ciri-ciri personaliti ahli terapi. Pakatan kerja pula merujuk lebih kepada aspek orientasi-kerja iaitu kerjasama klien dengan ahli terapi (Gaston, 1990).

Definisi awal pakatan tertumpu kepada tradisi pusatan-klien dan psikodinamik. Misalnya model gabungan teoretikal menyarankan terdapat tiga komponen utama pakatan: (1) persetujuan kepada matlamat rawatan (komponen kognitif yang memberi fokus ke atas keputusan yang dikehendaki dan merupakan sasaran intervensi), (2) persetujuan mengenai tugas-tugas untuk mencapai matlamat yang ditetapkan (komponen kognitif yang memberi fokus ke atas tingkahlaku dalam sesi bertujuan untuk mendorong keputusan yang dikehendaki), dan (3) ikatan klien dengan ahli terapi (komponen afektif yang memberi fokus kepada pergantungan personel yang positif antara klien dengan ahli terapi seperti saling menerima dan mempercayai).

Percubaan Bordin (1979) untuk menggeneralisasikan gagasan pakatan dianggap sebagai sumbangan yang terbesar yang melampaui batasan definisi pakatan terdahulu. Bordin memperkenalkan model pakatan yang bersifat integral, melibatkan tiga pihak dan menawarkan satu alternatif kepada dikotomi tradisi antara teknikal dan pemboleh ubah hubungan dalam psikoterapi. Kedua-dua elemen yang saling bergantung itu dilihat sebagai bertanggungjawab menjana perubahan. Menurut Bordin (1994);

*A strong alliance refers to a condition in which a person seeking change has found that the change agent can participate in the effort to shed light and open new doors without reducing the partnership to the pairing of a leader therapist with an assistant-patient. Its strength revolves around the experience of new possibilities in the patient's struggle rather than faith in charismatic therapist-magician (p.5).*

Gaston (1990) dalam membincangkan satu lagi perspektif pakatan yang bersifat transteoretikal, menegaskan bahawa tindakan menentang keperluan pandangan yang membawa definisi berbeza sebagai terlalu tertutup. Sebaliknya beliau berkata bahawa tujuan memberi definisi pakatan yang wujud dalam bidang ini menggambarkan sifat konstruk yang multi-dimensi. Menurut perspektif ini, empat dimensi pakatan adalah saling melengkapi. Dimensi pertama merujuk kepada usaha mewujudkan ikatan yang efektif di antara klien dengan ahli terapi. Dimensi kedua menggambarkan keupayaan klien untuk menimbulkan kekuatan ego yang diperlukan untuk bekerja dalam rawatan secara yang terancang. Elemen pakatan yang ketiga ialah persetujuan bekerjasama antara klien dengan ahli terapi mengenai tugas-tugas dan matlamat terapi. Akhirnya, elemen ke empat mewakili penyesuaian empati ahli terapi kepada keperluan emosi dan penglibatan umum di dalam perhubungan terapeutik dengan klien Gaston (1990).

Henry and Strupp (1994) mendefinisikan pakatan dalam bentuk tingkahlaku dan reaksi interpersonal yang kompleks yang diikat oleh dimensi teori fundamental: tahap afiliasi (kasih sayang vs benci) dan tahap saling ketergantungan (*enmeshment versus differentiation*). Bagi pengkaji-pengkaji ini, pakatan yang baik dimanifestasikan oleh transaksi yang resiprokal yang bersifat afiliasi, mempunyai autonomi dan mengamalkan kawalan yang bersifat bermusuhan.

Ini memberi kesan kepada latarbelakang psikodinamikanya. Henry dan Strupp juga menegaskan bahawa pakatan secara fundamental menjadi penghubung, di mana, klien boleh menghubungi ahli terapi sebagaimana di dalam pengalaman koreksi dengan ahli terapi seperti hubungan yang berstruktur di antara penjaga dengan kanak-kanak. Secara ideal, ia melibatkan pergabungan dengan proses imitasi interpersonal berdasarkan proses adaptif bagi ahli terapi yang menggunakan teori modeling dan identifikasi.

Sebagai satu konstruk, hubungan terapeutik berasal daripada tradisi psikodinamik dan pusatan-klien. Dalam tulisan awal Freud (1913/1958) mengenai konstruk transferen, beliau menekankan pentingnya peranan hubungan antara juru analisis dengan klien. Beliau membincangkan kemungkinan pentingnya membina pergantungan yang berasaskan realiti yang berbeza, pada peringkat awal proses terapi, tetapi boleh wujud bersama kesamaran pesakit yang di arahkan kepada ahli terapi mereka (cth. tranferen positif dan negatif). Menurut Freud lagi, pergantungan perasaan sayang dan identifikasi kepada juru analisis yang berakar umbi dari aspek hubungan klien dan orang yang paling mengambil berat terhadapnya secara yang positif dan tidak berasaskan konflik.

Lanjutan seminar yang diberikan oleh Freud itu, beberapa istilah yang dilihat sebagai dicipta mengambil preposisi Freud mengenai hubungan antara terapi dan pesakit dari dimensi yang berbeza. Sebagai contoh, Sterba (1924) telah mencipta istilah pakatan ego untuk mencerminkan hubungan antara pesakit dan ahli terapi yang aspek-aspek bersesuaian, dan keupayaan pesakit mengalami dan memerhati kerja-kerja juru analisis.

Menurut Sterba, kejayaan terapeutik sekurang-kurangnya sebagai fungsi kematangan ego dan keupayaan bekerja dalam rangka rujuk rawatan ahli terapi. Aspek interaksi ahli terapi dengan pesakit seterusnya dikenali sebagai pakatan kerja.

Zetzel (1956) merupakan orang pertama menggunakan istilah pakatan terapeutik (*therapeutic alliance*). Beliau merujuk istilah tersebut kepada “ ... *emergence of a positive, non-neurotic attachment to the therapist.*” Ikatan ini dan identifikasi kepada ahli terapi di katakan seperti elemen yang dipenuhi oleh kepercayaan positif seperti dalam hubungan ibu dengan anak. Dalam membezakan pakatan dan transferen, Greenson (1965) yang juga seorang ahli psikodinamik, telah memperkenalkan istilah pakatan kerja (*working alliance*) bagi menghuraikan keupayaan klien untuk bekerjasama dalam isu-isu yang bersifat peribadi. Beliau mengatakan pakatan kerja merupakan satu-satunya elemen yang berunsur pertembungan terapeutik yang tidak dimanifestasikan di luar rawatan.

Dalam tradisi pusat klien, Rogers (1951, 1957) merupakan orang yang paling menonjol mengkonsepsikan hubungan terapeutik sebagai satu set kondisi yang ditawarkan oleh ahli terapi seperti empati, penerimaan tanpa syarat, dan kongruen. Pengamal-pengamal terapi ini mengandaikan bahawa permainan peranan penting dalam mendorong pakatan dengan memperlihatkan kefahaman dan penglibatan yang aktif dengan klien. Walau pun Rogers mengatakan bahawa kondisi yang ditawarkan oleh ahli terapi penting dan memadai untuk perubahan klinikal, namun ia telah diterima secara meluas, bahawa kondisi ini hanya merupakan sebahagian dari faktor sistem hubungan

yang kompleks yang membantu menjayakan sesuatu berjaya (Gelso & Carter, 1985; Horvath & Seymond, 1991). Sebagai contoh, preposisi awal Rogers gagal menjelaskan peranan klien dalam pembentukan pakatan seperti penerimaan kondisi yang ditawarkan oleh ahli terapi. Ini kerana beliau hanya mengandaikan respons yang sama seperti yang digunakan oleh ahli terapi (Horvath & Lubrosky, 1993). Kajian lain mendapati penerimaan klien, atau keterbukaan kepada proses terapi yang melibatkan hubungan ahli terapi dengan klien, adalah merupakan faktor yang menentukan kejayaan sesuatu rawatan berjaya. (Constantino & Castonguay, 1999; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham, & Shapiro, 1998).

Dalam kebangkitan konseptual pakatan, sesetengah ahli teori psikodinamik tidak mahu berpegang kepada pandangan pakatan sebagai satu kuasa yang berasingan dalam setting rawatan (Brenner, 1979; Curtis, 1979; Freebury, 1989). Ini kerana mereka bimbang konstruk akan hilang atau disalah terima sebagai elemen dinamik utama dalam psikoterapi iaitu interpretasi kepada reaksi transferen. Pandangan “pakatan sebagai tranferen” menegaskan bahawa hubungan terapeutik sering digariskan oleh persepsi yang salah dan dipandu oleh pengalaman klien yang lalu (Horvath & Luborsky, 1993). Menurut kritik sedemikian, idea mengenai aspek hubungan kerja di luar transferen adalah tidak konsisten dengan dinamik yang sebenarnya yang berlaku dalam forum terapeutik (Deserno, 1998).



Walaupun terdapat kritik seperti di atas, pakatan telah terbentuk menjadi asas dan konstruk psiko terapeutik yang penting. Perkembangan awalnya, dalam psikodinamik dan formulasi pusatan-klien, definisi yang komprehensif pakatan kini dirasakan perlu untuk melibatkan kedua-dua pengaruh pengalaman hubungan masa lalu yang penting dan proses interpersonal masa kini yang berlaku antara klien dan ahli terapi (Gaston, 1990). Walau bagaimana pun, perluasan ini mengundang kontroversi mengenai kesahihan konsep, terutamanya apabila mengambil kira definisi dan dimensi yang banyak yang dicadangkan dalam literturnya (Gaston & Marmar, 1994).

Selari dengan pandangan Lubrosky (1976), pengkaji juga melihat elemen pakatan sebagai mengandungi dua elemen yang beroperasi pada peringkat awal dan akhir proses rawatan. Dalam kajian ini, pengkaji melabel pakatan yang berlaku pada awal rawatan atau pakatan “Jenis 1” sebagai kesediaan ahli kelompok membina pakatan. Kesediaan untuk bekerjasama mendorong individu untuk menyertai kelompok dan menjalani intervensi. Daripada perspektif kelompok yang mengamalkan budaya Kolektivisme, kesediaan untuk berpakat adalah merupakan nilai yang dipelihara sejak turun temurun.

Konsep gotong-royong merupakan contoh yang sangat popular dalam masyarakat tradisional Kolektivisme Melayu. Bagi pakatan jenis ini pula, pengkaji melabelkannya sebagai kesediaan mengekalkan pakatan yang bertujuan untuk meneruskan intervensi kelompok setelah PSP keluar dari pusat pemulihan dadah. Pakatan pada peringkat ini dianggap sebagai lebih teguh setelah melalui rawatan yang disediakan. Dalam konteks pakatan sebagai nilai budaya yang bersifat semula jadi, sekiranya input yang diperoleh dari sesi rawatan meyakinkan, kesediaan membina pakatan akan cenderung kepada mengekalkan pakatan.

#### **2.4 Pakatan Dalam Budaya Kolektivisme**

Kerjasama merujuk kepada keupayaan individu bekerjasama ke arah pencapaian matlamat yang sepunya (Matsumoto & Juang, 2008). Manusia atau pun haiwan perlu mempunyai kepercayaan, keyakinan dan kerjasama untuk berfungsi dan meneruskan kelangsungan kehidupan mereka secara yang efisien di dalam kelompok masing-masing. Walau bagaimana pun terdapat perbezaan yang ketara dan penting antara manusia dengan haiwan. Kerjasama bagi haiwan terhad kepada keluarga dan pasangan mereka sahaja. Sebaliknya, manusia melangkaui batas keluarga dengan melakukan kerja-kerja sukarela yang melibatkan orang-orang yang mungkin tidak mereka kenali (Silk, Bronson, Vonk, Hendrich, Povinello, Richardson, et. al., 2005).

Sebagai contoh, tingkahlaku menderma darah atau lain-lain aktiviti seperti menderma wang ringgit atau barangan yang dilakukan atas dasar membantu sesama manusia. Kepercayaan dan kerjasama dalam kalangan manusia ini wujud berlandaskan keupayaan kognisi yang unik dan hanya dimiliki oleh manusia. Ini termasuklah memori (Pennisi, 2005), keupayaan empati dan keperihatinan terhadap kebajikan orang lain (Silk et. al., 2005).

Dalam kalangan individu yang mengamalkan budaya yang berbeza juga terdapat perbezaan dari segi kerjasama. Kajian silang-budaya Wong dan Hong (2005) menunjukkan terdapat perbezaan tingkahlaku koperatif yang dikaitkan dengan budaya. Mereka mengetengahkan individu yang mengamalkan dwibudaya dalam kalangan Cina Amerika dengan sama ada ikon budaya Cina atau Amerika sebelum mereka disuruh bermain permainan Prison's Dilemma. Dalam permainan ini, peserta boleh bekerjasama atau tidak (*defect*) dengan pasangan mereka. Apabila budaya Cina ditunjukkan, peserta yang mengamalkan dwibudaya bekerjasama dengan ramai kawan-kawannya, berbanding dengan situasi apabila budaya Amerika ditunjukkan. Kajian ini mengukuhkan pandangan bahawa, budaya individualisme sepertimana yang berlaku di Amerika mengalakkan tidaklah mengalakkan kepada persaingan, sebaliknya budaya kolektivisme mendorong kepada kerjasama.

## **2.5 Konsep Pakatan Terapeutik Dan Budaya Melayu**

Menurut Corey (2008) Pakatan Terapeutik telah mendapat pengiktirafan yang meluas sebagai asas yang penting kepada hubungan terapeutik. Strupp (1992) mendefinisi pakatan terapeutik sebagai hubungan kerja di mana ahli terapi “*communicates commitment, caring, interest, respect, and human concern for the patient*”(p. 23). Secara yang lebih umum, hubungan kerja seperti yang di definisikan di atas telah lama wujud dalam budaya kolektivisme di negara-negara Asean, khususnya masyarakat Melayu di Malaysia. Sebagai contoh, hampir dalam semua aspek pengurusan kehidupan harian masyarakat Melayu tradisional adalah dipengaruhi oleh kehidupan yang menekankan bekerjasama, saling membantu atau gotong-royong antara ahli-ahlinya. Sebagai menjunjung rasa tanggungjawab, komitmen, mengambil berat, dan menghormati antara satu dengan lain, hubungan kerja yang bersifat kolektif ini menjana tenaga ahli-ahli masyarakat untuk menyelesaikan sesuatu kerja secara percuma. Hubungan kerja sebegini meliputi bidang seperti ekonomi (membajak sawah dan menuai padi), sosial (membuat kenduri kahwin dan mengembumikan jenazah), politik (sistem kerajaan yang menggabungkan pelbagai parti), perubatan (membaca Yasin bagi ahli sakit teruk atau nazak), dan acara keagamaan (sembahyang berjemaah, mengadakan ibadah korban, kenduri pada malam-malam bulan Ramadan).

Ciri-Ciri Budaya Kolektivisme Melayu		Ciri- Ciri Pakatan Terapeutik
1. Kendiri keluarga (familia–self) / utamakan hubungan silaturahim	↔	1. Hubungan yang akrab
2. Barisan/Pakatan merupakan nilai dan cara hidup: “Bersatu teguh bercerai roboh”	↔	2. Rakan kerja (bekerja sama)
3. Gotong-royong /bekerjasama: kesetiaan / keakuran	↔	3. Bersetuju dengan langkah- langkah yang perlu diambil untuk mencapai matlamat sepunya.

***Rajah 2.1: Ciri-Ciri Budaya Kolektivisme Melayu dan Pakatan Terapeutik***

Rajah 2.1 menunjukkan ciri-ciri budaya kolektivisme Melayu yang secara asalnya mempunyai persamaan dengan ciri-ciri pakatan terapeutik. Antara faktor-faktor yang membolehkan konsep pakatan terapeutik ini dihayati dan ditafsirkan ke dalam kehidupan harian masyarakat Melayu ialah i) keluarga dalam masyarakat kolektivisme Melayu memiliki sendiri kekeluargaan ii) agama yang di anuti masyarakat (Islam) yang sangat mementingkan kerjasama dan, iii) kesetiaan mendorong keakuran dan memudahkan perlaksanaan langkah-langkah yang dipersetujui bersama untuk mencapai matlamat sepunya.

Dalam masyarakat tradisional Melayu, kerap kali datuk, nenek, ibu bapa, bapa atau emak saudara, dan anak-anak tinggal di bawah satu bumbung. Walaupun ibu bapa mempunyai hak mengawal dan mendidik anak-anak, datuk dan nenek kerap kali turut berkuasa menentukan apa yang baik untuk anak-anak dan cucu-cucu mereka. Keakuran dan maruah keluarga sangat dititik beratkan. Mengikut adat Melayu, melawan cakap orang tua adalah menderhaka namanya. Melakukan sesuatu yang tidak baik akan 'menconteng arang' di muka keluarga (Perumpamaan Melayu).

Ketika masyarakat individualisme menyanjung tinggi pencapaian individu, para pengkaji Barat sebaliknya semakin mengiktiraf peri pentingnya nilai kerjasama dan pakatan terapeutik yang merupakan asas budaya kolektivisme sebagai petunjuk kepada kejayaan sesuatu rawatan psikoterapi (Horvard, 2000; Martin, Fraske dan Davis, 2000; Perkinson, 2002; Corey, 2008). Situtasi ini memberi ilham kepada pengkaji untuk membina semula dan mengekalkan nilai murni ini (pakatan terapeutik) dalam usaha membantu penagih separa pulih menjalani proses relaps. Pakatan terapeutik juga boleh dipadankan dengan Teori Sistem yang melihat keluarga sebagai satu sistem berfungsi secara yang holistik seperti, "Cubit di paha kanan, terasa sakit di paha kiri" (perumpamaan Melayu). Nilai kerjasama untuk mengelakkan kerosakan atau memulihkan bahagian yang telah rosak akan menyelamatkan keseluruhan sistem. Situasi ini dalam kehidupan masyarakat Melayu tradisional seperti "Mencabut rambut di dalam tepung; rambut tidak putus, tepung tidak berselerakan" (Perumpamaan Melayu).

## **2.6 Gaya Keibubapaan Dan Pembentukan Pakatan Terapeutik**

Pakatan terapeutik bermaksud bersetuju mendukung matlamat kelompok yang sepunya, menggunakan tatacara kerja yang dibentuk bersama, mementingkan hubungan yang baik, menentukan cara-cara untuk mencapai matlamat secara bermuafakat dalam suasana yang mesra dan saling memahami (Gaston, 1990). Tugas dan tanggungjawab merupakan tingkahlaku dan aktiviti kognisi yang berlaku dalam proses terapeutik. Ikatan merupakan perasaan klien, ahli terapi dan keluarga mengenai tahap hubungan dan rasa mesra antara mereka dan dihargai bersama.

Dapatan-dapatan di atas menunjukkan sebahagian besar orang-orang Asia mempersepsikan ibu bapa mereka sebagai autoritarian. Daripada perspektif budaya individualisme, gambaran yang diberikan ialah pendekatan autoritarian meletakkan ibu bapa sebagai “penyelia”. Ini mungkin tidak sesuai dengan pendekatan terapi yang menekankan pakatan dan kesamarataan dari segi hubungan. Status ibu bapa yang lebih tinggi kedudukannya dalam keluarga daripada ahli-ahli yang lain mungkin menyukarkan komunikasi. Selain daripada itu, penggunaan pendekatan Barat ke atas keluarga dari budaya kolektivisme Timur juga memerlukan perubahan dari segi persepsi mengenai isu yang dibincangkan dan menjadi matlamat kelompok.

Mekanisme yang sedia wujud dalam budaya kolektivisme seperti keterpaksaan memberi ruang kepada pandangan ibu bapa mengatasi ahli-ahli yang lain, mungkin lebih di dorong oleh rasa hormat. Rasa hormat lazimnya diikuti oleh keakuran atau keupayaan membenarkan diri dipengaruhi oleh kuasa ibu bapa yang dijalin oleh kuasa yang

diperuntukkan oleh budaya secara yang tidak dinyatakan. Walaubagaimanapun, pada hari ini kuasa tersebut telah diimbangi oleh keupayaan ibu bapa menilai pendidikan formal yang diperoleh oleh anak-anak daripada sistem pendidikan moden. Ibu bapa yang menyedari atau terdedah kepada realiti ini tidak boleh tidak akan akur kepada satu perkongsian kuasa secara yang tidak dinyatakan tetapi bertindak menyumbang kepada kelancaran komunikasi dalam kalangan ahli keluarga.

Oleh itu cara terbaik mengatasi keadaan ini adalah dengan meningkatkan pendedahan ibu bapa kepada pengalaman dan pengetahuan yang umum dalam kalangan anak-anak terutamanya perkara-perkara yang tidak pernah dialami semasa mereka remaja. Kesedaran yang timbul daripada pencernaan pengetahuan baru ini dipercayai boleh membantu mewujudkan penerimaan pandangan baru dari kalangan generasi yang lebih muda.

Baumrind (1971) mengkategorikan gaya keibubapaan kepada dua dimensi pengaruh keibubapaan: tahap harapan (atau tahap permintaan ke atas anak-anak) dan tahap respons terhadap anak sebagai seorang individu. Ibu bapa yang mempunyai harapan yang tinggi dan responsif terhadap anak-anak mereka dikategorikan sebagai autoritatif; ibu bapa yang mempunyai harapan yang rendah dan tidak responsif dikategorikan sebagai permisif. Manakala ibu bapa yang rendah dalam kedua-dua dimensi dianggap sebagai tidak terlibat atau menyisihkan anak-anak mereka.



Gaya keibubapaan autoritatif umumnya dianggap sebagai gaya keibubapaan yang paling berkesan. Gaya ini dikaitkan dengan anak-anak yang sihat, pandai menyesuaikan diri, manakala anak-anak daripada keluarga ibu bapa yang permisif cenderung mempunyai masalah sosial dan pembentukan moral yang positif (Lopez, Bonenberger, & Schneider, 2001, Pratt, Arnold, Pratt, & Diessner, 1999). Gaya keibubapaan yang sedemikian kerap dikaitkan dengan proses membuat keputusan berhubung dengan perkara-perkara yang baik dengan yang buruk. (Lopez et al., 2001). Penaakulan moral merupakan proses membuat keputusan mengenai baik atau buruk berdasarkan kepada norma-norma sosial, prinsip-prinsip etika. Pembentukan penaakulan moral dikatakan mencapai puncaknya apabila individu boleh melihat situasi dari perspektif orang lain dan berdasarkan keputusannya kepada prinsip-prinsip universal (Crain, 1985).

Aspek pertama penaakulan moral ialah empati, iaitu keupayaan menerima perspektif orang lain dan memahami perasaan atau hasrat mereka.. Kanak-kanak mencapai tahap pembentukan moral yang tinggi cenderung untuk memberi perhatian kepada individu secara keseluruhan daripada fokus kepada akibat atau kesan tindakan individu. Memberi perhatian dilihat sebagai peningkatan tahap empati atau keupayaan menyesuaikan diri dengan orang lain (Helwig, Zelazo, & Wilson, 2001). Hoffman (2000) berpendapat, perasaan empati mendorong individu melayan orang lain secara yang lebih berperikemanusiaan. Empati juga menggalakkan individu kurang taasub kepada etika universal atau konsep keadilan apabila ia terlibat dalam pembuatan keputusan.

Aspek kedua penanaman moral ialah kecenderungan membuat keputusan berdasarkan prinsip moral universal. Ini penting bagi melindungi hak individu dan menyelesaikan perbalahan secara demokrasi. Ia dapat dilakukan dengan baik sekiranya individu yang terlibat menyanggah tinggi pembentukan moral dan menyediakan prinsip yang menjurus kepada mencari keadilan. Prinsip-prinsip yang diamalkan lazimnya memberi hak dan layanan yang sama.

Ibu bapa yang autoritatif lazimnya mengamalkan induksi dan penanaman dalam mendisiplinkan anak-anak mereka. Oleh itu, anak-anak dapat menghayati norma-norma dan nilai sosial (Grusec & Goodnow, 1994). Anak-anak akan membuat keputusan berdasarkan nilai-nilai dan prinsip yang sama. Empati juga disemai melalui penerangan hasrat dan perasaan mengenai peraturan-peraturan. Anak-anak mendapat peluang memahami tentang orang-orang lain.

Anak-anak dari keluarga yang permisif tidak mengalami masalah dalam pembentukan moral tetapi tidak mendapat peluang yang cukup untuk menghayati nilai-nilai yang diperlukan untuk memberi kesan yang secara langsung dalam pembentukan moral (Lopez, Bonenberger, & Schneider, 2001).

## 2.7 Gaya Keibubapaan Dalam Masyarakat Kolektivisme

Dalam satu kajian yang dijalankan dalam kalangan kelompok budaya kolektivisme, Ang dan Goh (2006), mendapati gaya keibubapaan autoritarian boleh memberi maksud budaya kepada individu yang berbeza khususnya mereka yang bukan dari budaya Eropah. Dengan itu, autoritarian tidak dikaitkan dengan hasil yang negatif semata-mata. Dalam masyarakat Asian, skor yang tinggi ke atas autoritarian mungkin mempunyai maksud yang berbeza daripada masyarakat kulit putih disebabkan perbezaan dari segi kepercayaan dan budaya. Sebagai perbandingan, gaya keibubapaan autoritarian cenderung membangkitkan, marah, dan kebimbangan. Dengan itu ia dikaitkan dengan tahap pembentukan moral yang kanak-kanak walau pun perasaan-perasaan ini menjurus perhatian kanak-kanak lebih terarah kesan luaran.

Bagi masyarakat Caucasians, “ketegasan” mungkin disamakan dengan ciri-ciri negatif ibu bapa seperti sikap bermusuhan, agresif dan dominan. Sebaliknya, bagi masyarakat Asian, “ketegasan” mungkin disamakan dengan sikap prihatin ibu bapa, mengambil berat atau keterlibatan (Chao, 1994; Lau, & Cheung, 1987). Choa (1994) memperkenalkan konsep *chiao shun or “latihan”* yang memberi penekanan pentingnya latihan iaitu kawalan dan pemantauan ibu bapa ke atas tingkahlaku anak-anak, di samping menyediakan penglibatan, keprihatinan dan sokongan ibu bapa.

Latihan menekankan kepada keakuran, disiplin sendiri, dan keperluan berjaya dalam bidang akademik di sekolah. Konsep latihan mengatasi gaya keibubapaan autoritarian yang diutarakan oleh Baumrind dan menghurai kenapa orang-orang Asian dan American Asian mendapat skor yang tinggi dalam gaya keibubapaan autoritarian (Ang & Goh, 2006). Tobin, Wu, dan Davidson (1989) pula menerangkan terma *guan* atau secara umum membawa maksud “menyelialia”. Huraian lanjut terma tersebut mempunyai konotasi yang positif di China kerana ia membawa erti “mengambil berat”, “menyayangi”, selain dari “menyelialia”. Oleh itu, mereka berpendapat bahawa “mengawal” dan “menyelialia” bukan sahaja tidak mempunyai konotasi yang negatif kepada orang-orang Asia, malahan dianggap satu keperluan kepada ibu bapa dan guruguru yang bertanggungjawab.

Dalam kalangan pemboleh ubah yang berhubung dengan sekolah, kecemerlangan akademik adalah paling banyak dikaji. Leung, Lau dan Lam (1998), mendapati kecemerlangan akademik mempunyai hubungan yang positif dalam kalangan remaja di Hong Kong. Gaya keibubapaan autoritatif didapati tidak ada hubungan dengan gred remaja Hong Kong tetapi positif dalam kalangan remaja Amerika Eropah dan Australia.

## **2.8 Lain-Lain Pengaruh Yang Mendorong Pakatan**

Menurut kajian Cusack, Deane, Wilson dan Ciarrochi (2004), tahap kesediaan orang lelaki untuk mendapatkan perkhidmatan psiko logikal profesional didorong oleh pengaruh orang lain. Sembilan puluh enam peratus responden melaporkan keputusan mereka pada tahap tertentu didorong oleh orang lain khususnya pasangan intim mereka. Sebanyak 30% mengatakan bahawa, sekiranya tidak ada pengaruh orang lain, mereka tidak akan mendapatkan pertolongan profesional. Sebaliknya apabila berada dalam terapi, pertolongan yang dijana dalam rawatan adalah merupakan petunjuk yang signifikan kepada hasrat untuk mendapatkan pertolongan dari segi masalah emosi peribadi atau mengalami kecenderungan membunuh diri.

Kajian yang meliputi pelbagai kelompok budaya mendapati orang lelaki dilihat sebagai lebih berat untuk mendapatkan pertolongan dari segi kesihatan mental (Mahalik, Good & Englar-Carlson, 2003; Barry, Doherty, Hope, Sixsmith, & Kelleher, 2000; Moeller-Leimkuehler, 2002). Mereka melaporkan bahawa orang lelaki enggan mendapatkan bantuan profesional tetapi membuat keputusan untuk mendapatkan pertolongan lazimnya adalah mereka yang mendapat dorongan yang kuat atau dipengaruhi oleh orang lain.

Adalah tidaklah menghairankan apabila dapatan menunjukkan ibu bapa merupakan orang yang paling kerap menjadi pendorong kepada anak-anak atau para remaja untuk mendapatkan pertolongan profesional apabila mereka menghadapi stres (Logan & King, 2001). Walau bagaimana pun adalah tidak jelas siapakah yang menjadi pendorong orang dewasa untuk mendapatkan pertolongan profesional disebabkan sumber pendorong bagi orang dewasa adalah lebih banyak berbanding dengan kanak-kanak.

Kajian Tudiver dan Talbot (1999) yang melibatkan perspektif doktor keluarga mengenai kecenderungan orang lelaki untuk mendapatkan pertolongan bagi diri mereka. Keputusan kajian mereka mendapati kebanyakan doktor peribadi mengatakan bahawa pasangan bagi orang lelaki (isteri/teman wanita) merupakan individu penting yang mendorong pembuatan keputusan untuk mendapatkan pertolongan profesional. Pasangan merupakan sumber bukan-profesional yang mempunyai potensi yang kuat kepada orang lelaki yang mengalami masalah stres psikologi. Suami/isteri, ibu bapa dan keluarga merupakan gabungan terbesar orang-orang yang berpengaruh ke atas kesediaan orang lelaki yang mempunyai masalah psikologi untuk mendapatkan bantuan profesional. Kajian yang dilakukan meliputi pelbagai budaya juga menampakkan kecenderungan keluarga menjadi orang-orang yang berpengaruh untuk mendorong orang lelaki mendapatkan bantuan.

Dapatan di atas dapat dijadikan asas yang kuat kepada kajian ini yang menggunakan PSP lelaki dan berstatus belum berkahwin. Status hubungan dengan keluarga sebagai anak, abang dan adik lelaki kepada ahli keluarga besar dalam budaya kolektivisme juga dianggap membantu pembuatan keputusan untuk membina dan meneruskan pakatan terapeutik.

## **2.9 Penutup**

Para pengkaji mendapati bahawa pakatan terapeutik mempunyai korelasi dengan hasil psikoterapi, dan merupakan petunjuk yang kuat kepada perubahan klien (Hanson, Curry, & Bandalos, 2002; Rait, 2000). *The Division 29 Psychotherapy Task Force of the American Psychological Association* (Ackerman, Benjamin, Beutler, Geslo, Goldfried, Hill, et al, 2001) telah menyenaraikan pakatan terapeutik pada tempat pertama, dalam senarai 3 pembolehubah yang menjadi ciri-ciri kualiti ahli terapi yang boleh “menunjukkan keberkesanan terapi”. Ia diikuti di tempat kedua oleh empati, kolaborasi dan konsensus mengenai maklumat, di tempat ketiga. Menurut Thoragren & Kleist (2002), gandingan satu pendekatan intervensi kekeluargaan dengan pakatan terapeutik dalam proses kelompok boleh membentuk asas yang baik bagi tujuan penerokaan dan meningkatkan sokongan sosial yang diperlukan untuk merubah tingkahlaku yang telah dikenal pasti. Pandangan ini sesuai dengan matlamat kajian ini untuk menggabungkan ahli terapi, klien (penagih separa pulih) dan ahli keluarga mereka ke dalam satu pakatan terapeutik.

Tema tingkahlaku kelompok yang penting dalam masyarakat kolektivisme Timur adalah kerjasama dalam kelompok (Masaki, 2003). Ibu bapa/keluarga dan orang-orang yang signifikan dalam hidup PSP merupakan kumpulan manusia yang paling hampir dan banyak memberi sokongan kepada PSP. Mereka jugalah tentunya, merupakan orang yang paling bersedia untuk membentuk pakatan dengan penagih bagi mengatasi masalah penagihan dan pencegahan penagihan semula. Jarak sosial yang dipersepsikan, secara umum dilihat agak jauh antara ahli masyarakat dengan PSP, menjadikan kumpulan ini lebih cenderung mempunyai empati yang sangat diperlukan oleh PSP untuk menjalani proses kepulihan. Keupayaan empati dalam kalangan kumpulan orang-orang yang signifikan merupakan kunci kepada pembentukan persekitaran yang kondusif yang boleh membantu penagih separa-pulih lebih komited kepada rancangan mereka menjalani kehidupan tanpa dadah (Nowinski, 1999; Nowinski, Baker, & Carroll, 1992).



## **BAB TIGA**

### **METODOLOGI**

#### **3.1 Pendahuluan**

Bahagian ini akan membincangkan tentang isu-isu utama metodologi seperti reka bentuk kajian, persampelan subjek dan pembentukan kelompok kajian, ukuran dan kesahihan dan kebolehpercayaan ukuran dan analisis data. Kajian mengambil pendekatan gabungan kualitatif dan kuantitatif (*mix method research*), menggunakan rekabentuk kuasi eksperimen bagi fasa pertama dan penyelidikan berpanjangan (*longitudinal research*) fasa kedua dan ketiga. Keseluruhan kajian mengambil masa lebih kurang dua tahun setengah (Nov 2008 – Mac 2011). Pengumpulan data kuantitatif menggunakan soal selidik IKMP.1 (Pra-ujian), IKMP.2 (Pasca-ujian) dan IKMP.3 (Ujian susulan). Alat kajian ini dibina menggunakan format WAI (Horvath & Greenberg, 1986) versi ringkas oleh Tracy dan Kokotovic (1989), manakala gagasan dan item-itemnya dibentuk sendiri bersesuaian dengan budaya Melayu Malaysia. Data kuantitatif diperoleh dari pemerhatian proses terapi menggunakan kaedah pemerhatian penglibatan (*participation observation*), Borang Penilaian Proses Terapi (BPT), temubual berstruktur dan tidak berstruktur, perbualan telefon dan juga sms.

#### **3.2 Rekabentuk Kajian**

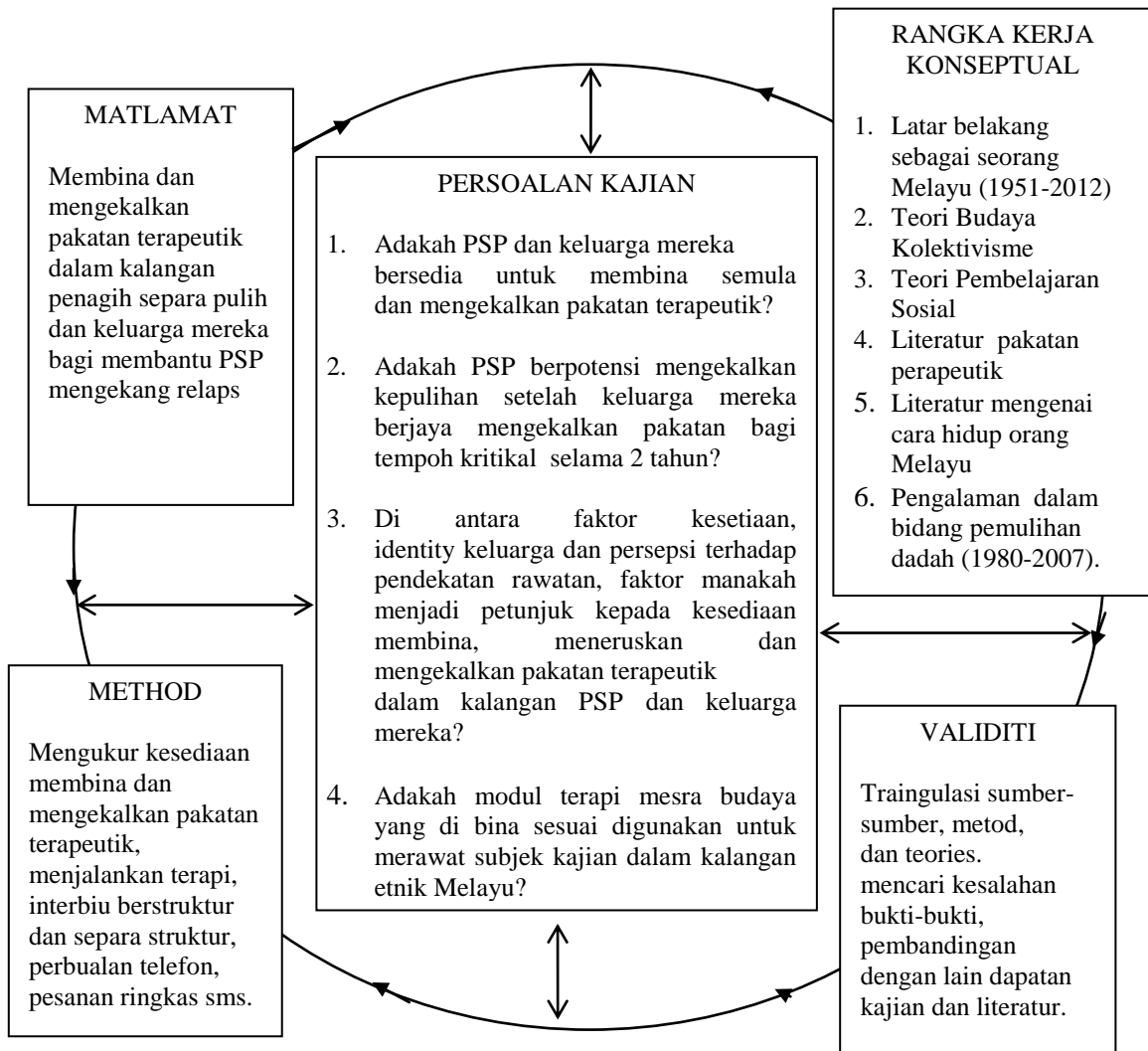
Kajian ini menggunakan kaedah gabungan kualitatif-kuantitatif dan rekabentuk yang menggabungkan kuasi eksperimen dan penyelidikan berpanjangan. Penggunaan kaedah ini (kuantitatif-kualitatif) atau gabungan kualitatif-kuantitatif telah lama digunakan di

dalam bidang psikologi (Olatz & Joze, 2011). Rasional penggunaannya ialah kedua-dua data kualitatif dan kuantitatif yang diperolehi adalah saling melengkapi. Umumnya, hasil analisis data kuantitatif memberi pemahaman yang umum tentang masalah kajian. Kekurangan ini dapat diatasi dengan menggunakan hasil analisis data kualitatif dengan penjelasan yang diperolehi secara langsung dari sumber pemerhatian atau interviu yang mendalam. Kaedah penyelidikan yang menggunakan metod berpanjangan, menggabungkan metod penyelidikan kuantitatif dan kualitatif, melibatkan praktikal dan penyelidikan yang dijalankan oleh John Gottman, dalam kajian intervensinya ke atas pasangan individu, boleh dijadikan contoh penyelidikan yang mempunyai persamaan dengan kajian ini (Gottman, Ryan, Carrere, & Erley, 2002). Dalam kajian yang banyak diperkatakan itu, beliau dan rakan-rakannya berjaya membentangkan teori dan eksperimennya yang berasaskan penyelidikan berpanjangan (*longitudinal*) untuk meramal penceraian, kestabilan dan kepuasan dalam perkahwinan. Menurut beliau lagi, daripada menggugat bidang penyelidikan dengan isu metodologi kuantitatif lawan kualitatif, pengkaji-pengkaji sekarang semakin cenderung mengambil pendirian menggabungkan kedua-keduanya bagi memenuhi keperluan metodologi masa kini yang pelbagai.

Pinsop dan Wynne (2000) menegaskan bahawa jurang antara praktikal dan penyelidikan dalam terapi keluarga boleh dirapatkan dengan menggabungkan metodologi kuantitatif dengan kualitatif. Penggunaan kaedah yang berbeza membantu pengkaji memahami kepelbagaian dimensi sosial yang kompleks (Mason, 2006). Meyakini ciri-ciri penghuraian masalah yang lebih menyeluruh, pengkaji turut menerima pakai pandangan

pengkaji-pengkaji terdahulu mengenai metodologi yang menggabungkan kaedah kualitatif dan kuantitatif ini.

Bagi memulakan satu penyelidikan kualitatif Maxwell (2006) menyarankan pembinaan peta rekabentuk. Model templet (*template*) rekabentuk terlebih dahulu dibina bagi mengkonsepsual peta reka bentuk kajian sebenar. Rajah 3.1 adalah merupakan peta rekabentuk kajian ini, seperti yang sarankan oleh Maxwell, (2006).



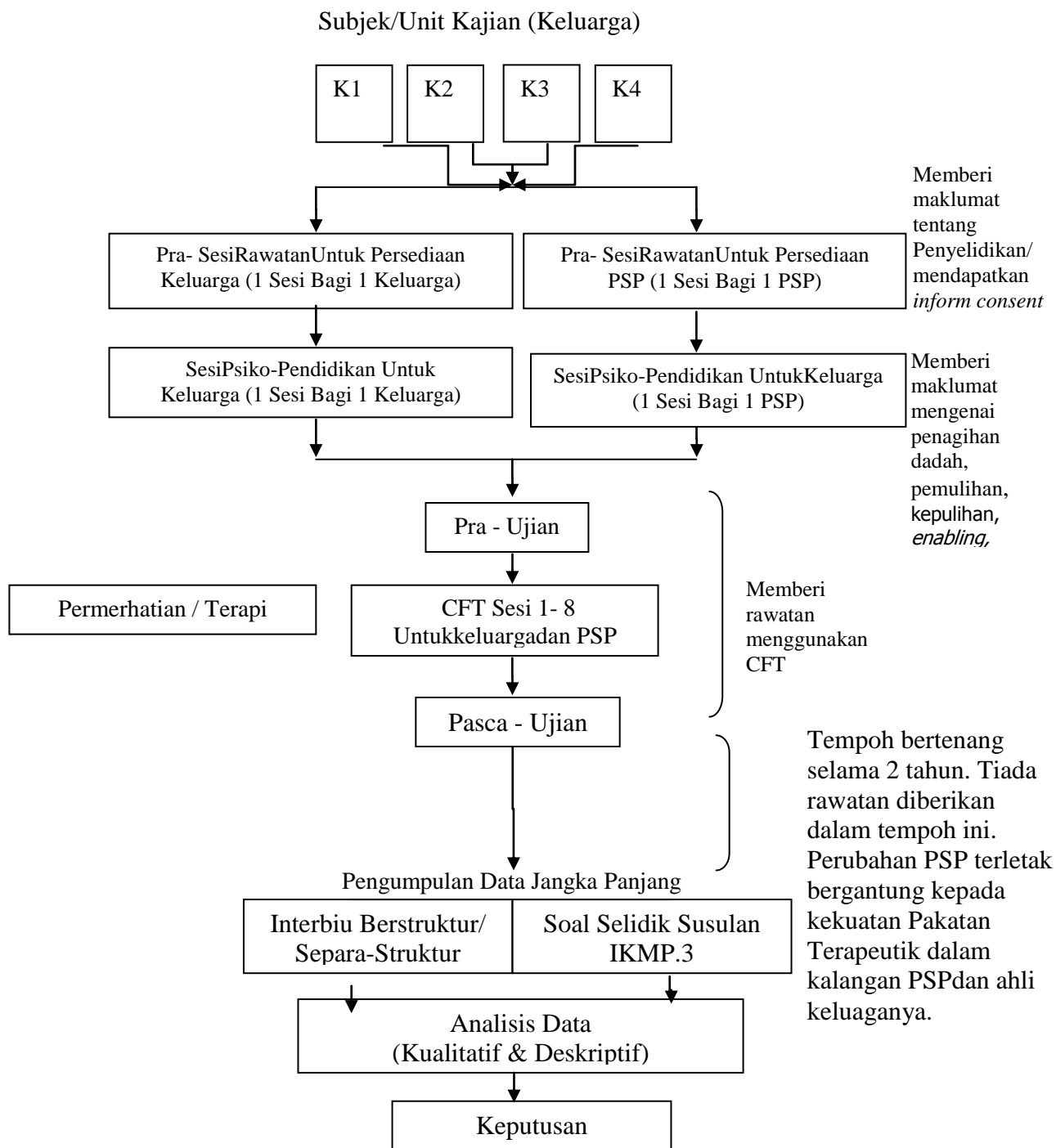
**Rajah: 3.1: Peta Rekabentuk Penyelidikan Kualitatif**

Model rekabentuk ini penting kerana antara lain ialah i) Secara eksplisit, peta model rekabentuk kajian mengenalpasti dan menerangkan komponen-komponen rekabentuk yang merupakan isu utama yang memerlukan pengkaji membuat keputusan dan perlu mengatasinya dalam cadangan penyelidikan. Kebarangkalian komponen-komponen tertinggal atau disalah fahami akan dapat diminimakan. Komponen-komponen ini juga boleh dibentuk secara yang sistematik ii) Peta model rekabentuk juga menerangkan wujudnya penekanan yang diberikan kepada pemilihan rekabentuk penyelidikan kualitatif yang bersifat interaktif dan mempunyai pelbagai hubungan antara komponen. Ini penting bagi memudahkan pemahaman mengenai hubungan yang logik di antara komponen-komponen rekabentuk kajian.

Pendekatan kuantitatif dalam penyelidikan ini melibatkan rekabentuk kuasi eksperimen (pra-ujian–rawatan–pasca-ujian) dan ujian-susulan pada akhir tempoh percubaan yang diberikan kepada subjek kajian selama 2 tahun selepas kelompok terakhir menamatkan rawatan. Kaedah penyelidikan ini, dengan demikian merupakan kaedah gabungan kualiti-kuanti yang meliputi tiga fasa seperti berikut;

	FASA I	FASA II	FASA III
AKTIVITI PENYELIDIKAN	a. Pra-Ujian /Penyediaan kelompok / Sesi Psikopendidikan b. Rawatan terapi keluarga (CFT) - 8 sesi c. Pasca-Ujian	Tempoh Percubaan - Adaptasi Pakatan Terapeutik tanpa Intervensi (2 tahun)	Ujian susulan/ pengumpulan data susulan
TEMPOH	3 – 4 Bulan	2 Tahun	1-2 Bulan

***Jadual: 3.1: Fasa Penyelidikan***



*Petunjuk: (K)-Kelompok Kajian (keluarga); (PSP)-Penagih Separa-Pulih*

**Rajah 3.2: Kerangka Kerja Gabungan Kuasi Eksperimen & Penyelidikan Berpanjangan**

Carta aliran pada Carta: 3.2 menunjukkan gabungan kerangka kerja penyelidikan kuasi eksperimen dan penyelidikan berpanjangan (*longitudinal*) yang lengkap merangkumi tiga fasa bagi tempoh dua setengah tahun.

Kajian ini juga boleh dianggap sebagai sebuah kajian yang bertujuan untuk melihat keberkesanan terapi yang dijalankan atau *outcome research*. Sebagai contoh, Hardy, Cahill dan Barkham (2007) berkata, dalam mengkaji pakatan terapeutik para pengkaji umumnya berminat untuk mengetahui apakah punca kejayaan psikoterapi. Bagi Hardy dan rakan-rakannya (2007), keputusan mereka untuk melihat keberkesanan terapi didorong oleh dapatan kajian mereka yang menunjukkan tahap hubungan pakatan terapeutik secara konsisten berada pada .21 hingga .29, iaitu hubungan yang lebih tinggi daripada hubungan antara lain-lain teknik psikoterapi dengan keputusan terapi. Dengan lain perkataan, pakatan terapeutik adalah dianggap sebagai petunjuk kepada keputusan metod psikoterapi yang positif.

Dalam kajian ini, pengkaji menggunakan alasan yang sama. Untuk merawat ahli kelompok kajian, pengkaji membuat keputusan untuk membentuk satu pendekatan rawatan yang mesra budaya dan agama subjek kajian, bersifat multibudaya dan memberikan penekanan yang khusus kepada elemen pakatan terapeutik keluarga atau kekuatan hubungan silaturrahim sebagai asas modul yang dibentuk (Terapi Keluarga Kolektif; CFT). Dengan lain perkataan, modul terapi kelompok yang dibentuk perlu menunjukkan sama ada ia berkesan atau tidak. Dalam hal ini, penilaian tahap pakatan dalam kalangan ahli kelompok kajian (keluarga) dilakukan melalui pemerhatian secara

langsung ke atas proses terapi, dengan bantuan pembantu ahli terapi (beliau juga diminta mengisi Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) pada akhir rawatan bagi semua sesi), membuat pemerhatian ke atas interaksi tidak formal setiap kali sesi tamat, menganalisis maklum balas subjek kajian yang diperoleh hasil daripada pengisian borang IKMP, di samping turut memberi perhatian kepada maklum balas yang diterima melalui panggilan telefon dan sms.

Menurut Goldenberg dan Goldenberg (2008), semua bentuk psikoterapi perlu menghasilkan jawapan sama ada mengenai keberkesanan prosedur yang digunakan, kos yang terlibat lebih murah (*cost-effective*), kurang mendedahkan ahlinya kepada bahaya, dan sama ada keputusan yang dihasilkan dapat bertahan untuk tempoh yang lebih lama berbanding dengan lain-lain prosedur. Walau pun kajian ini tidak membandingkan CFT dengan lain-lain prosedur, reka bentuk kajian ini turut membandingkan perbezaan kesan rawatan ke atas kelompok kajian menggunakan min, dan mengukur kesediaan membina pakatan terapeutik menggunakan alat (IKMP 1), kesediaan meneruskan pakatan terapeutik (hasil menjalani CFT) menggunakan alat IKMP. 2, dan keupayaan mengekalkan pakatan terapeutik bagi jangka masa yang panjang (2 tahun) menggunakan IKMP.3, dan hubungan keupayaan mengekalkan pakatan terapeutik dengan keupayaan PSP mengekang relaps bagi tempoh masa yang sama.

### 3.3 Pemilihan Subjek Kajian

Keputusan mengenai di mana pengkaji mahu menjalankan penyelidikannya atau seting dan siapa yang perlu dipilih untuk menyertai penyelidikan, merupakan satu keputusan yang penting dalam sesebuah penyelidikan. Miles dan Huberman (1984) menegaskan, " . . . *If you are talking with one kind of informant, you need to consider why this kind of informant is important, and, from there, which other people should be interviewed. This is a good, bias-controlling exercise. . .*" Bagi penyelidikan ini, pengkaji menentukan subjek di pilih daripada populasi penagih dadah yang berada pada akhir fasa rawatan Program Rawatan dan Pemulihan Dadah PUSPEN atau fasa pra-bebas. Pada fasa peserta program sudah tidak mengambil dadah bagi satu tempoh melebihi satu tahun. Pada peringkat ini, mereka sudah layak di panggil sebagai penagih separa pulih (PSP) dan mereka juga sudah boleh terlibat dengan program pencegahan relaps bersama keluarga mereka. Ini penting bukan sahaja kerana daripada segi teoretikalnya pengkaji mengaitkan pakatan terapeutik antara PSP dengan keluarga mereka dengan keupayaan PSP mengekang relaps, tetapi mengambilkira peraturan-peraturan mengenai peserta program yang telah ditetapkan oleh pihak pengurusan PUSPEN.

Menurut Maxwell (2006), berbeza daripada kaedah persampelan kuantitatif, kaedah biasa yang digunakan untuk memilih sampel dalam penyelidikan kualitatif lazimnya tidak menggunakan persampelan kebarangkalian (*probability*) atau persampelan mengikut keselesaan (*convenience*). Sebaliknya, kaedah persampelan yang digunakan jatuh dalam kategori ketiga yang dikenali sebagai pemilihan bertujuan atau persampelan bertujuan. Patton (1990), Miles dan Huberman (1994) menerangkan bahawa terdapat



kecenderungan yang tinggi dalam kalangan pengkaji penyelidikan kualitatif untuk menggunakan persampelan bertujuan. Strategi ini memilih seting, individu atau aktiviti-aktiviti tertentu bertujuan untuk mendapatkan maklumat yang tidak boleh diperoleh daripada lain-lain sampel. Di samping itu, terdapat juga situasi di mana pensampelan yang mudah diperoleh sahaja digunakan sebagai kaedah mendapatkan matlumat (Weiss, 1994). Keputusan membuat persampelan mudah ini lebih bermakna daripada membuat untuk mendapat maklumat dari kelompok yang sukar di temui atau kategori individu yang tidak ada data keahlian dalam sesuatu pertubuhan. Dalam kes penyelidikan ini, penyelidik beranggapan bahawa maklumat dan pengalaman mengenai kesediaan membina dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dengan keluarga mereka hanya boleh diperoleh daripada mereka sahaja.

Pemilihan subjek kajian ini dibuat menggunakan gabungan pensampelan bertujuan (*purposive*) dan pensampelan gumpalan ais (*snowball*). Berg (2004) menerangkan bahawa persampelan bertujuan menunjukkan penyelidik mempamerkan, "...pengetahuan mereka yang khusus atau kepakaran mengenai kelompok tertentu untuk dipilih mewakili sesuatu populasi". Dalam hal ini, pengalaman penyelidik lebih dua puluh tahun (1980-2005) dalam bidang pemulihan penagihan dadah dalam seting penjara, bolehlah dianggap sebagai layak untuk menentukan populasi dan subjek kajian (peserta Program Pemulihan Dadah PUSPEN, Sg. Besi yang berada dalam Fasa Pra-Bebas) sebagai sesuai dan memenuhi tujuan penyelidikan ini. Maslow (1976) semasa berada dalam situasi yang sama, menjelaskan sebab beliau memilih subjek bagi mengkaji *self-actualization* berkata, "Orang-orang yang saya pilih untuk penyelidikan saya merupakan orang-orang

yang berjaya, orang-orang yang telah menjalani sebahagian besar hidup mereka dan kelihatan berjaya.” Beliau seterusnya berkata,”Apabila kamu membuat pemilihan subjek secara terperinci orang-orang yang segar dan sihat, orang-orang yang kuat, orang-orang yang kreatif, orang-orang yang kuat beribadah, orang-orang yang bijak – kebetulan, sama seperti orang-orang yang saya pilih – kamu akan mendapat pandangan yang berbeza mengenai manusia’.

Pensampelan kajian ini bersifat bertujuan kerana setelah penyelidik memilih seting, menentukan hanya peserta (peserta/residen fasa pra-bebas – bahagian terakhir program Pemulihan Dadah PUSPEN) menentukan syarat penyertaan seperti berbangsa Melayu, mempunyai keluarga (pada peringkat pertama) dan mempunyai keluarga yang bersedia menjalani rawatan bersama PSP. Unsur rawak dalam pensampelan ini ialah apabila semua PSP dipelawa untuk menyertai penyelidikan secara sukarela. Dengan lain perkataan, peserta PUSPEN yang diberi taklimat mengenai penyelidikan ini, boleh memilih untuk menyertai atau tidak menyertai penyelidikan. Pensampelan kajian ini juga bersifat bebola salju (*snowball*) kerana PSP yang menawarkan diri untuk menyertai projek penyelidikan diminta memberi nama dan alamat ‘orang perantaraan’ untuk dihubungi. Melalui ‘orang perantaraan’ ini pengkaji berjaya mendapat penyertaan lain-lain ahli keluarga PSP untuk membentuk kelompok kajian.

Menurut Huberman (1989), dalam penyelidikan kualitatif yang mempunyai saiz sampel yang besar, pensampelan rawak adalah penting dan kerap kali merupakan prosedur yang sesuai sekiranya generalisasi keputusan kajian ke atas populasi dijadikan matlamat utama. Bagaimanapun pensampelan rawak adalah kaedah pensampelan yang lemah bagi mendapatkan sampel saiz yang kecil. Ini disebabkan terdapat kebarangkalian berlakunya perubahan variasi dalam sampel yang sedemikian. Kekuatan sampel rawak bergantung kepada sampel yang besar bagi mengelakkan variasi.

Sampel bagi kajian ini adalah kecil, dan pengkaji menggunakan gabungan kaedah persampelan bertujuan (*purposive sampling*) dan bebola salju (*snow ball*) seperti dalam Rajah 3.2. Persampelan dibuat dalam kalangan pelatih PUSPEN Sg. Besi yang mempunyai tempoh pembebasan empat hingga enam bulan.

Persampelan subjek kajian bermula apabila PSP dapat dibawa berkumpul dalam sebuah dewan dengan bantuan kakitangan PUSPEN. Penyelidik seterusnya menerangkan mengenai penyelidikan yang akan dilaksanakan, kaedah rawatan dan penggunaan modul rawatan CFT. Seterusnya penyelidik membuka kepada penyertaan sukarela memandangkan sebahagian pelatih tidak mahu atau tidak bersedia untuk menyertai program penyelidikan ini. Hampir kesemua pelatih di pusat ini merupakan penagih berulang yang telah menjalani pelbagai kaedah rawatan termasuk kaunseling dan terapi tetapi tetap gagal mengatasi masalah penagihan mereka. Persepsi mereka terhadap pendekatan yang diperkenalkan dalam kajian ini mungkin sama sahaja dengan lain-lain pendekatan yang pernah mereka jalani sebelum ini itu tidak berkesan.

Pendekatan keluarga yang dibawa oleh CFT juga sesuatu yang agak asing bagi mereka. Untuk duduk di dalam satu kumpulan intervensi bersama-sama ahli keluarga, membincangkan isu penagihan mereka adalah sesuatu mungkin tidak pernah terlintas dalam fikiran mereka, apatah lagi untuk mendapat sokongan keluarga. Selain daripada itu faktor tidak lagi mempunyai keluarga asal (*family of origin*) atau tidak lagi menghubungi atau dihubungi oleh keluarga mereka bagi satu tempoh yang lama, adalah satu kelaziman dalam kalangan penagih dewasa.

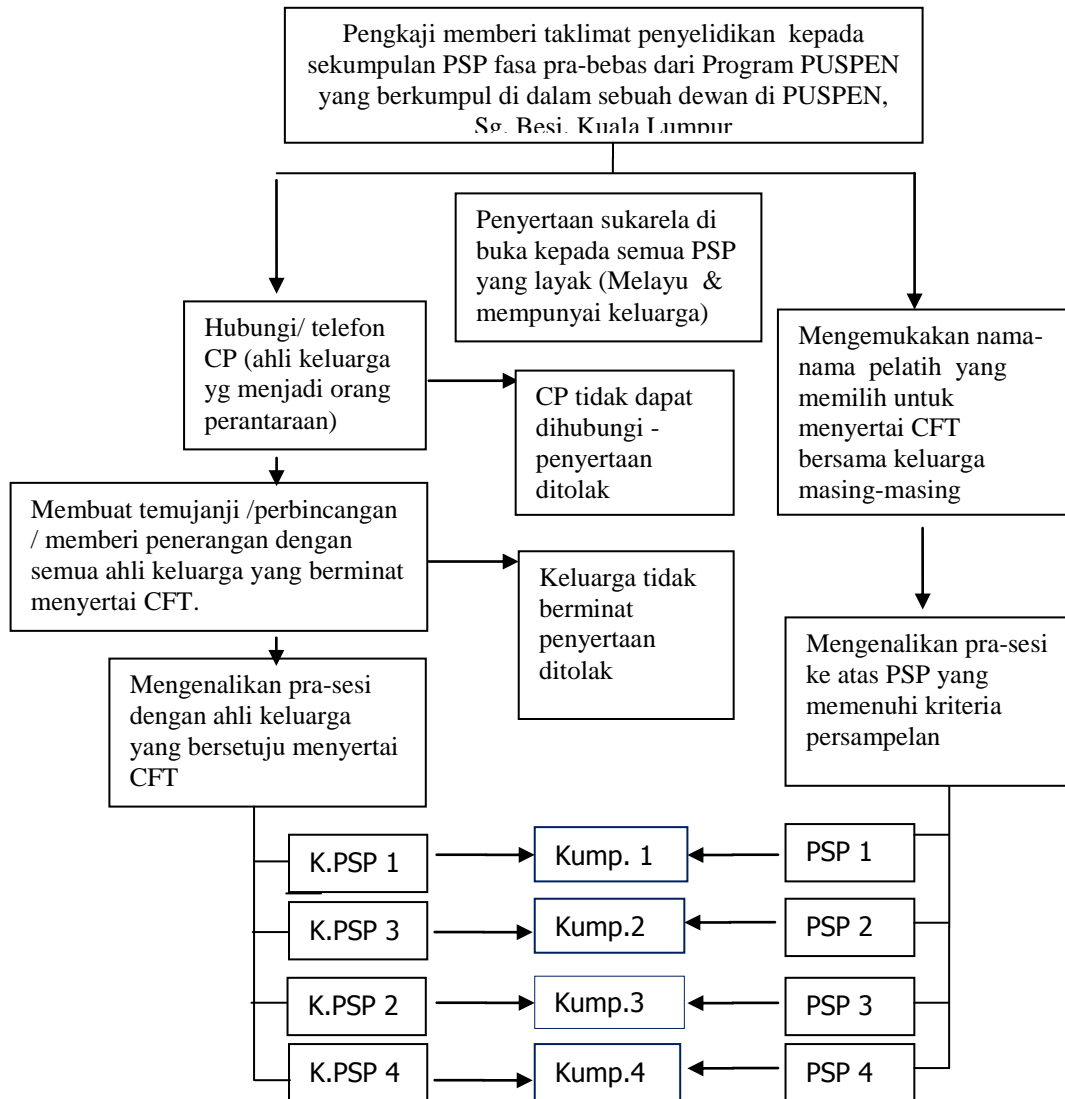
Pelatih PUSPEN yang bersetuju untuk menyertai penyelidikan, diberi sehelai kertas kosong dan diminta menulis nama mereka, nama keluarga mereka, alamat, dan nombor telefon yang boleh dihubungi untuk mengesahkan penyertaan ahli keluarga mereka. Di sini kaedah bebola salju bermula dengan pengkaji turut mendapatkan persetujuan PSP untuk menghubungi ahli keluarga yang menjadi perantaraan (CP) keluarga mereka. Sekiranya CP bersetuju untuk menjadi orang perantara kepada ahli keluarganya dengan pengkaji, ia seterusnya diminta untuk mengatur temujanji untuk semua ahli keluarga yang bersedia melibatkan diri berjumpa dengan pengkaji. Langkah seterusnya, apabila pertemuan berlaku antara pengkaji dengan ahli keluarga PSP, pengkaji akan bertindak untuk memberi penerangan mengenai CFT dan bagaimana ahli keluarga dan PSP dapat bekerjasama membina pakatan terapeutik dan menstabilkan semula homeostasi keluarga mereka.

Di sini pengkaji menampakkan pememilihan reka bentuk kajian yang anjal dan menepati sifat keanjalan reka bentuk penyelidikan kualitatif (*flexibility design*) dan bersesuaian dengan situasi yang sukar ditentukan kriteria pemilihan subjek di peringkat perancangan kajian. Sebagai contoh, jumlah ahli setiap kelompok, umur dan jantina ahli kelompok. Pengkaji meletakkan jumlah ahli setiap kelompok kepada ‘seberapa ramai ahli keluarga yang berminat menyertai kelompok rawatan’. Umur dan jantina ahli kelompok tidak ditetapkan dan bergantung sepenuhnya kepada ahli keluarga yang berminat. Dari segi umur, kelompok yang telah dibentuk mengandungi ahli seawal 12 tahun hingga melebihi 50 tahun. Pada pengkaji, dalam menjalankan sesi terapi keluarga, semuda mana pun umurnya, sekiranya ahli kelompok yang boleh bercakap, memberi pandangan (walau pun dalam bentuk pandangan kanak-kanak), dan melahirkan perasaan terhadap isu yang dibincangkan adalah dianggap sudah memadai.

Orientasi kelompok juga bergantung kepada kesediahadiran ahli kelompok dan jenis keluarga yang membentuk kelompok. Keluarga dan PSP diberi pilihan sama ada menghadkan kepada ahli keluarga asal (*family-of-origin*) atau membenarkan keahlian kelompok mereka merangkumi ahli keluarga besar seperti bapa saudara, emak saudara, sepupu dan ipar. Kehadiran ahli yang sama pada setiap sesi kelompok yang dijalankan juga tidak diberi tekanan memandangkan setiap ahli mempunyai komitmen masing-masing dalam tempoh sesi rawatan dijalankan. Dengan demikian, situasi ini tidak memperlihatkan keseragaman ahli yang hadir pada setiap sesi yang dijalankan. Dalam hal ini, definisi ahli-ahli yang hadir pada setiap sesi ialah ‘keluarga PSP’ dalam konteks budaya kolektivisme Melayu.

Beberapa perkara yang dapat dikekalkan sebagaimana yang dibuat pada peringkat perancangan kajian termasuklah jumlah keseluruhan sesi rawatan CFT (32 sesi) (tidak termasuk sesi psikopendidikan dan pra-sesi), PSP dalam kalangan etnik (Melayu) yang berada dalam fasa pemulihan (pra-bebas), tempoh tamat program pemulihan (sekurang-kurang 6 bulan), sukarela dan komitmen keluarga.

Dari proses pemilihan subjek kajian yang dijalankan, tujuh orang PSP bersetuju menyertai projek penyelidikan dan telah memberi nama dan alamat ahli keluarga mereka untuk dihubungi. Walau bagaimana pun, setelah dihubungi hanya empat orang daripada ahli keluarga PSP (CP) yang bersetuju menawarkan diri mereka untuk bekerjasama. Dari jumlah tersebut empat keluarga berjaya membentuk empat buah kelompok kajian yang melibatkan ahli seramai 37 orang.



*Petunjuk: PSP – Penagih Separa Pulih; CP - Orang Perantaraan (Contact Person); Kump – Kelompok Subjek Kajian*

**Rajah 3.2: Carta Aliran Pembentukan Kelompok Kajian**

Prosedur pemilihan subjek kajian yang dilaksanakan seperti di Rajah 3.2 mengurangkan keupayaan pengkaji mengawal proses pensampelan (kecuali etnik Melayu dan PSP dari fasa pra-bebas). Ini termasuklah jumlah ahli setiap kelompok kajian yang bergantung sepenuhnya kepada jumlah ahli keluarga yang bersedia menyertai terapi keluarga CFT secara sukarela. Penglibatan PSP dan ahli keluarga mereka akhirnya ditentukan oleh

mereka sendiri. Bagi menangani situasi ini, persetujuan ahli kelompok diperoleh untuk menggunakan orientasi kelompok terbuka. Dengan demikian, ahli kelompok boleh memilih untuk hadir atau tidak hadir dalam mana-mana sesi rawatan tanpa menjejaskan kelancaran terapi.

Tempoh rawatan yang panjang (8 sesi), tidak termasuk perjumpaan awal dan sesi psikopendidikan, dan kekerapan sesi antara 2 hingga 3 minggu, merupakan cabaran terbesar untuk dicapai khususnya bagi kelompok yang mengandungi jumlah ahli dewasa yang ramai. Mereka menghadapi masalah untuk hadir setiap kali sesi dijalankan disebabkan kesibukan masing-masing. Ini juga berlaku dalam bentuk kehadiran yang silih berganti (bergantung kepada kelapangan seseorang ahli). Walau bagaimanapun, pengkaji berjaya mendapat jumlah keluarga sebagaimana yang dirancangkan (empat keluarga) yang akhirnya membentuk empat kelompok kajian. Kemahiran menyedarkan ahli keluarga tentang pentingnya kerjasama mereka dalam sesi perbincangan awal juga turut memberi kesan ke atas penglibatan ahli keluarga PSP dalam projek penyelidikan.



### **3.4 Saiz Sampel**

Satu lagi isu penting yang perlu diberi perhatian dalam penyelidikan ialah menentukan saiz sampel. Antara faktor yang mempengaruhi saiz sampel yang digunakan ialah rekabentuk penyelidikan khususnya metod penyelidikan yang dijalankan sama ada berbentuk kuantitatif atau kualitatif. Bagi penyelidikan kuantitatif, terdapat beberapa cadangan telah dikemukakan, walaupun ketetapan telah buat bahawa sampel yang besar adalah lebih baik dan sesuai dipersetujui ramai (Gall, Borg, & Gall, 2003). Sebagai contoh, bagi pengkaji yang merancang menjalankan rekabentuk eksperimen sebenar (menggunkan kaedah pra-ujian-pasca-ujian) dan mahu membandingkan kesan dua intervensi kaunseling dan satu kelompok kawalan, cadangan jumlah subjek yang diperlukan ialah 15 orang bagi satu rekabentuk penyelidikan (Gall, Borg, & Gall, 2003; Moore, 1983). Berdasarkan formula yang dicadangkan ini, keseluruhan rekabentuk eksperimen sebenar memerlukan 45 orang subjek. Menurut Gall dan rakan-rakannya (2003) lagi, penyelidikan survei memerlukan sekurang-kurangnya 100 orang subjek bagi satu sub-kelompok, dan manakala bagi penyelidikan korelasi memerlukan minimum 30 orang subjek bagi setiap pembolehubah yang dicadangkan. Bagi penyelidikan yang menggunakan metod kualitatif, tidak ada cadangan dikemukakan mengenai jumlah subjek atau peserta, malahan terdapat kajian kualitatif yang menggunakan hanya satu atau seorang subjek (Berg, 2004).

Kajian ini mempunyai saiz sampel yang kecil dan reka berbentuk penyelidikan kuasi eksperimen berpanjangan (*Longitudinal Quasi-Experiment Research*) yang menggabungkan metod kualitatif-kuantitatif. Terdapat 4 keluarga yang membentuk 4 kelompok kajian, dengan keseluruhan ahli terkumpul berjumlah 37 orang, manakala jumlah ahli kelompok rawatan di antara 5 orang hingga 12 orang pada satu-satu sesi (tidak termasuk seorang ahli terapi dan seorang pembantunya). Bagi memastikan kelicinan perjalanan sesi rawatan (dalam tempoh antara 3-4 bulan) orientasi kelompok terbuka digunakan. Ini bermakna, tidak semua ahli hadir pada setiap sesi yang dijalankan atau kehadiran pada satu-satu sesi rawatan yang dijalankan tidak semesti melibatkan ahli yang sama (kehadiran bergantung kepada kelapangan masing-masing dan secara sukarela). Perbandingan antara kelompok tidak dilakukan berdasarkan kekangan di atas terutamanya jumlah ahli kelompok berdasarkan kepada jumlah ahli keluarga yang sebenar (*family-of-origin*) yang tidak sama dan kecil, serta penggunaan orientasi kelompok terbuka (*open group orientation*).

Pengkaji berpendapat bahawa jumlah subjek penyelidikan ini boleh diterima sebagai memenuhi cadangan minimum bagi pendekatan kajian yang bersifat gabungan kualitatif-kuantitatif selain mengambil kira kekangan menggunakan keluarga sebenar yang tidak membolehkan jumlah menepati jumlah yang sarankan oleh pakar penyelidikan seperti di atas (Berg, 2004). Jumlah peserta PUSPEN (tujuh dari sejumlah 37 orang yang ditawarkan) dan jumlah keluarga (4 dari 7 keluarga) yang bersedia menyertai projek penyelidikan ini secara sukarela yang kecil adalah juga dianggap sebagai kekangan kepada usaha mendapat jumlah subjek yang lebih besar. Kategori kumpulan

peserta PUSPEN yang merupakan ‘penagih tegar’, penagih berulang dan berpengalaman menjalani pelbagai pendekatan rawatan antara faktor yang mengurangkan motivasi mereka untuk menyertai projek penyelidikan yang menggunakan pendekatan keluarga dan pertama kali diperkenalkan.

Sebagai kesimpulan, pengkaji berpendapat bahawa keperluan menerangkan fenomena yang dikaji dianggap lebih mendesak dari peraturan standard yang ditetapkan berdasarkan pengalaman pakar-pakar penyelidikan yang berbeza.

### **3.5 Alat Pengukuran & Rawatan**

Kaedah utama pengumpulan data ialah catatan dari pembantu ahli terapi (PAT) menggunakan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) melalui pemerhatian penyertaan (*participant observation*) ke atas proses terapi yang dijalankan. PAT terlibat dari permulaan proses penyelidikan dan turut mengikuti semua sesi terapi yang dijalankan. Lain-lain alat yang digunakan ialah satu set inventori (IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3) yang dibina sendiri untuk mengumpul data kuantitatif. IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 diedarkan untuk diisi oleh subjek kajian manakala BPT digunakan oleh pembantu ahli terapi (PAT) untuk mencatat penilaiannya terhadap perubahan yang berlaku terhadap subjek kajian hasil pemerhatiannya sepanjang proses terapi dijalankan. Dengan lain perkataan, untuk menggunakan BPT, individu perlu turut berada di dalam sesi terapi sepanjang rawatan dijalankan.

### **3.5.1 Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)**

Untuk melihat pandangan ahli yang berkecuali dalam isu ahli keluarga bagi setiap kelompok, pengkaji membentuk borang penilaian mengandungi sebelas item. Pemilihan item dibuat berdasarkan matlamat-matlamat kelompok yang lazim digunakan dalam lain-lain kelompok kaunseling atau terapi. Meningkatkan hubungan, memberi harapan, penerokaan, memberi maklumbalas, kartasis, peluasan sendiri, kerjasama, komitmen, hormat menghormati, mencapai matlamat kelompok juga merupakan ciri-ciri pakatan terapeutik. Sebagai contoh, Yalom (1985) juga mengatakan bahawa memberi harapan, membincangkan isu-isu universal, memberi informasi, altruisme, membina teknik-teknik bersosial dan kemahiran interpersonal dalam proses kelompok adalah juga merupakan faktor-faktor terapeutik. BPT dirasakan sesuai digunakan bagi pemprosesan kaunseling dan terapi yang menekankan penyelidikan yang mendalam.

Pembantu ahli terapi (PAT) diminta membuat penilaian ke atas pencapaian ahli kelompok CFT pada sesi terakhir rawatan (sesi ke 8). Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) digunakan bertujuan untuk mendapatkan data dalam bentuk maklumbalas yang subjektif berdasarkan pemerhatian dan penglibatan penilai dalam proses kelompok sepanjang rawatan dijalankan. Borang ini mengandungi Bahagian A dan Bahagian B. Bahagian A mengandungi 11 item menggunakan penilaian Likert 4 skala (Tidak Perubahan (TB); Sedikit Berubah (B) Berubah /Sederhana Berubah (B); dan Banyak Berubah (BB). Bahagian B ialah catatan yang merupakan indikator kepada perubahan, sama ada secara langsung atau tidak langsung menyokong penilaian dalam bentuk skala di Bahagian B. Kedua-dua Bahagian A dan B adalah saling melengkapi untuk

menjelaskan perubahan-perubahan tertentu yang dikenalpasti oleh PAT berlaku sepanjang sesi rawatan dijalankan. Maklum balas dari pihak ketigaini (PAT) penting bagi mengelakkan atau mengurangkan bias dalam penilaian yang diberikan. Hanya individu yang terlibat secara langsung seperti PAT dan ahli kelompok kajian dianggap paling sesuai mengisi BMPK. Walau bagaimana pun, pengkaji memutuskan untuk tidak meminta ahli kelompok menyediakannya untuk mengelakan fenomena pemerhatian terpilih (*selective attention*) (Corey, 2008) iaitu klien terpengaruh dengan apa yang dikehendaki oleh BPT atau apa yang klien anggap dikehendaki oleh ahli terapi (pengkaji).

Untuk menggunakan BPT, PAT terlebih dahulu diberi penjelasan mengenai maksud semua item penilaian seawal pra-sesi rawatan. Sebagai contoh, untuk membolehkan PAT menjawab item pertama, beliau perlu memulakan pemerhatiannya pada kali beliau mendapat peluang berjumpa dengan PSP dan ahli keluarganya. Pemerhatiannya diteruskan sehingga ke akhir sesi rawatan di mana ia akan membuat kesimpulan mengenai tahap perubahan dari segi perhubungan. Kaedah ini menyerupai pra dan pos ujian, tetapi memerlukan lebih banyak penglibatan secara total. Dua belas kali pertemuan (sekurang-kurangnya 2 kali pertemuan awal, pra-sesi, sesi psikopendidikan dan lapan sesi CFT) melibatkan antara 16 hingga 22 jam pertemuan yang berkualiti dirasakan memadai bagi PAT mengemukakan satu penilaian yang mendalam dan meyakinkan.

### **3.5.2 IKMP.1, IKMP.2 &IKMP.3**

IKMP.1 dan IKMP.2 mengandungi Bahagian Keluarga dan Bahagian PSP atau Klien. Ini membezakan alat ini daripada alat Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986) versi ringkas yang dibina oleh Tracy dan Kokotovic, (1989) yang mengandungi 3 bahagian (Bahagian Klien, Ahli Terapi dan Keluarga). Dalam kajian ini, pengkaji / ahli terapi tidak mengisi borang yang mengukur pakatan terapeutik antaranya dengan klien atau keluarga klien.

Dua domain utama yang mewakili budaya kolektivisme digunakan untuk membentuk IKMP.1 dan IKMP.2 ialah kesetiaan terhadap keluarga (4 item) dan identiti kelompok/keluarga (4 item). Manakala domain ketiga ialah persepsi terhadap pendekatan rawatan yang menekankan pakatan terapeutik. Ketiga-tiga domain ini memenuhi definisi pakatan terapeutik (Rogers, 1957) yang merujuk kepada hubungan ahli terapi dan klien yang mencapai tahap akrab, mengambil berat antara satu dengan lain, membina matlamat rawatan yang sepunya dan bersetuju dengan langkah-langkah dan tindakan yang diambil (pendekatan rawatan) untuk mencapai matlamat rawatan. Persepsi terhadap rawatan dan kemahiran ahli terapi adalah juga dianggap oleh ramai pengkaji sebagai petunjuk penting kepada kecenderungan individu mendapatkan bantuan profesional (Cusack, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2004). Pengkaji menggunakan ketiga-tiga domain yang dibincangkan ini untuk membina IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3.

Tiga domain utama bagi ketiga-tiga inventori ini (IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3) mengandungi 4 item setiap satu ( kesetiaan terhadap keluarga- 4 item, identiti keluarga - 4 item dan persepsi terhadap pendekatan rawatan - 4 item). Item nombor 13, IKMP.1 dan IKMP.2 merupakan item penyemak (*check out items*) membezakan kedua-dua alat ini; item 13, IKMP.1 mengukur kesediaan membina pakatan terapeutik untuk menjalani terapi keluarga CFT di dalam institusi, manakala item 13, IKMP.2 dibentuk untuk mengukur kesediaan meneruskan pakatan terapeutik di luar institusi pemulihan (PUSPEN).

**i. Item Yang Tidak Diubah:**

IKMP.1 & IKMP.2		IKMP.3	
No.	Item	No.	Item
4.	Banyak masalah dapat diselesaikan apabila kami sekeluarga berpeluang duduk berbincang secara terbuka dan bersemuka dalam suasana yang saling memahami.	4.	Banyak masalah dapat diselesaikan apabila kami sekeluarga berpeluang duduk berbincang secara terbuka dan bersemuka dalam suasana yang saling memahami.
5.	Kejayaan _____ saya meninggalkan tabiat menagih dadah adalah juga merupakan kejayaan seluruh ahli keluarga saya.	5.	Kejayaan _____ saya meninggalkan tabiat menagih dadah adalah juga merupakan kejayaan seluruh ahli keluarga saya.
12.	Saya percaya ____ saya akan meninggalkan tabiat menagih dadah kerana dia hargai kasih sayang keluarga terhadapnya	12.	Saya percaya _____ saya meninggalkan tabiat menagih dadah kerana dia hargai kasih sayang keluarga terhadapnya / saya.



**ii. Item Yang Mengalami Perubahan Struktur Ayat:**

<b>IKMP.1 &amp; IKMP.2</b>		<b>IKMP.3</b>	
<b>No.</b>	<b>Item</b>	<b>No.</b>	<b>Item</b>
1.	Saya mendapat maklumat yang jelas mengenai kelompok terapi ini.	1.	Saya faham tujuan kami menjalani terapi kelompok 2 tahun yang lalu.
2.	Saya yakin cara kelompok ini berpakat dan bekerjasama boleh membantu saya menjauhi dadah	2.	Kerjasama seluruh ahli keluarga adalah penting dalam menghadapi sesuatu masalah.
3.	Saya akan meninggalkan tabiat menagih dadah kerana saya hargai kasih sayang keluarga terhadap saya	3.	Saya yakin cara kami berpakat dan bekerjasama membantu _____ saya menjauhi dadah.
6.	Saya rasa keluarga saya hargai _____ saya di dalam kelompok ini.	6.	Saya hargai kesungguhan _____ saya mengatasi masalah penagihannya.
7.	Saya rasa _____ saya lebih rapat dengan keluarga semasa berada di dalam kelompok ini.	7.	Saya rasa _____ saya lebih rapat dengan keluarga sekarang daripada sebelum kami mengikuti sesi kelompok 2 tahun yang lalu.

- |  |  |
|--|--|
| <p>8. Saya yakin _____ saya akan berubah dengan adanya kerjasama dan pakatan keluarga seperti di dalam kelompok ini.</p> | <p>8. Saya yakin _____ saya berubah kerana berkat kerjasama dan pakatan keluarga seperti di dalam sesi kelompok 2 tahun yang lalu.</p> |
| <p>9. Sedaya mungkin, saya mahu melakukan yang terbaik untuk _____ saya.</p>   | <p>9. Saya akan sentiasa lakukan yang terbaik untuk keluarga saya.</p>   |
| <p>10. Saya sayang _____ saya walau pun ada kalanya saya terlalu tegas dan keras terhadapnya.</p>                        | <p>10. Saya sayang keluarga saya.</p>  |
| <p>11. _____ saya tetap mengambil berat tentang keluarga walau pun dia banyak menimbulkan masalah kepada kami.</p>       | <p>11. Saya sentiasa akan bekerjasama dan mengambil berat tentang keluarga sama ada di waktu senang atau susah.</p>                    |

***Jadual 3.3: Persamaan dan Perbezaan Struktur Ayat Bagi Item IKMP.1 & IKMP.2 dengan Item IKMP.3***

Dari segi persamaan, IKMP.1 dan IKMP.2, sama dengan IKMP.3 kerana ketiga-tiga alat mengekalkan tiga domain yang sama iaitu kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan menggunakan pakatan terapeutik sebagai asas pendekatan terapi dan dua set item untuk penagih separa-pulih, dan untuk ibu bapa dan keluarga. Skala 4 markah jenis Likert iaitu “*sangat setuju*”, “*setuju*”, “*tidak setuju*”, dan “*sangat tidak setuju*” dikekalkan bagi ketiga-tiga alat.

Berbeza dari IKMP.1 dan IKMP.2, IKMP.3 mengandungi hanya 12 item dan satu bahagian sahaja. Secara umum, 3 (Item 4, 5 & 12) itemnya mengekalkan struktur ayat yang sama, manakala itemnya yang lain diolah sedikit tetapi mengekalkan maksud yang sama atau hampir sama. Modifikasi ini dilakukan bagi menyesuaikan item-item ujian-susulan dengan perubahan masa ujian dilakukan ( 2 tahun) di samping bagi mengukur keupayaan PSP dan ahli keluarga mereka mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh tersebut. IKMP.3, juga menyediakan responden dengan ruang untuk memberi refleksi mereka secara bebas mengenai kepulihan PSP. Kenyataan, “Jika anda masih ada perkara yang hendak disampaikan, sila tulis dalam ruang yang disediakan di bawah ini” digunakan bertujuan untuk mendapatkan respons yang bebas langsung dari responden mengenai perkembangan yang dialami oleh PSP setelah dua tahun dari tarikh mereka bersama-sama menjalani CFT.

Teori yang mendasari pembentukan IKMP.1 dan IKMP.2 ialah identiti sosial (Tajfel & Turner, 1979). Sifat utama teori identiti sosial ialah identiti individu umumnya mengandungi pengetahuan individu mengenai kelompok sosialnya, emosi dan nilai-nilai keahlian kelompoknya yang signifikan kepadanya (Tajfel, 1982). Identiti sosial menyediakan rangka rujuk mengenai sikap, kepercayaan, dan persepsi yang sesuai dan yang perlu dimiliki oleh seseorang (Hogg, 2001a, 2003). Teori identiti sosial ini dikatakan telah diterima pakai secara meluas sebagai teori psikologi sosial mengenai tingkahlaku kelompok (Masaki, 2003) khususnya untuk menjelaskan tingkahlaku kelompok budaya kolektivisme orang-orang dari negara-negara Asia Timur seperti Jepun, China dan juga negara-negara Tenggara Asia termasuk Malaysia.

Dua elemen utama yang sering dikaitkan apabila individu membicarakan budaya masyarakat kolektivisme tradisional Melayu ialah kesetiaan dan identiti keluarga. Kesetiaan kepada keluarga, khususnya ibu dan bapa, diperteguhkan oleh ajaran agama Islam. Di sini terdapat kualiti yang saling melengkapi antara konsep derhaka dalam masyarakat Melayu dengan pendidikan Islam yang menghukum tingkahlaku ‘derhaka’ kepada ibu bapa mereka sebagai satu dosa besar. Manakala identiti keluarga, di samping mempunyai kaitan yang kuat dengan kesetiaan kepada keluarga, juga dikaitkan dengan ‘menjaga maruah diri dan keluarga.’ Individu melihat dirinya secara langsung mewakili keluarganya, dan masyarakat melihat setiap tindak tanduk individu dikaitkan dengan keluarga. Sebagai contoh, dalam kehidupan seharian Razali Md Rejab dikenali juga sebagai ‘Li Pak Jab’ atau dikaitkan dengan nama ibu dan bapa seperti ‘Li Mak Teh Pak Jab’ atau ‘anak Pak Jab’ atau ‘anak Mak Teh Pak Jab’. Dengan itu, apa sahaja yang dilakukan oleh “L” akan memberi impaks kepada Mak Teh dan Pak Jab. Begitu juga sebaliknya, ibu bapa tidak akan melakukan sesuatu yang negatif sebab “malu kepada anak-anak”.

### **3.5.3 Reliabiliti IKMP.1, IKMP.2 &IKMP.3**

Terdapat tiga alat kajian yang digunakan dalam kajian ini iaitu Inventori Kesiediaan Membina, Mengamalkan dan Mengekalkan Pakatan (IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3) yang diubah suai oleh pengkaji berdasarkan format alat Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986) versi ringkas oleh Tracy dan Kokotovic, (1989). Pengubahsuaian ini melibatkan penukaran dua domain asal WAI (Tracy & Kokotovic, 1989) kepada domain kesetiaan dan identiti kelompok, manakala satu domain persepsi klien terhadap pendekatan rawatan dikekalkan. Kesetiaan dan identiti kelompok digunakan mengambilkira penggunaan yang meluas dua domain ini yang sebagai pengukur nilai-nilai kolektivisme (Triandis, Chan, et al. 1995; Masaki, 2003). Kedua-dua domin ini secara langsung mempunyai kaitan dengan kebanyakan ciri-ciri yang umum kolektivisme yang saling menyokong nilai-nilai budaya dan ajaran agama Islam mengenai kewajiban mengutamakan hubungan silaturahim antara ahli keluarga.

Persepsi terhadap pendekatan rawatan dan kemahiran ahli yang merupakan salah satu domain WAI (Tracy & Kokotovic, 1989), digunakan dalam IKMP berdasarkan pandangan para penyelidik mengenai pentingnya domain ini sebagai petunjuk kepada kecenderungan individu mendapatkan bantuan profesional (Cusack, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2004). Domain ini digandingkan dengan domain kesetiaan dan identiti kelompok bertujuan mengukur kesiediaan subjek membina pakatan terapeutik pada pra-ujian (sesi pertama), dan mengukur kesiediaan mengekalkan pakatan terapeutik setelah tamat terakhir (sesi kelapan).

Bagi menyesuaikan perubahan domain dan matlamat penggunaan IKMP (untuk mengukur kesediaan membina dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan penagih separa pulih Melayu dan keluarga mereka), semua item yang digunakan dalam IKMP dibentuk semula bersesuaian dengan norma dan nilai orang-orang Melayu. Ini dapat dilakukan mengambilkira pengalaman pengkaji melebihi tiga puluh tahun dalam bidang pemulihan dadah dan lebih enam puluh tahun hidup dan mengamalkan budaya kolektivisme Melayu di Malaysia, di samping pengalaman dalam bidang penyelidikan.

IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 mengandungi dua set item; satu set untuk penagih separa-pulih (Bahagian Klien), dan satu set lagi untuk ibu bapa dan keluarga (Bahagian Keluarga). IKMP.1 dibina untuk mengukur kesediaan subjek (PSP dan keluarga mereka) membina pakatan dan kesediaan memasuki kelompok terapi, dan kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik. Ujian dilakukan pada peringkat pra-rawatan di dalam PUSPEN Sg. Besi, Kuala Lumpur atau PERSADA. Tiga belas item dalam alat ini merangkumi tiga domain utama yang digunakan iaitu kesetiaan terhadap keluarga (4 item), identiti kelompok/keluarga (4 item) dan persepsi terhadap pendekatan rawatan (4 item) dan satu item semakan (*Check out item*) IKMP.1 dan IKMP.2 mempunyai dua item. Item semakan IKMP.1 mengukur kesediaan meneruskan kelompok di dalam institusi untuk, item IKMP.2 bagi mengukur kesediaan meneruskan kelompok di luar institusi pemulihan setelah PSP dibebaskan, dan kesediaan mengesyorkan CFT kepada lain-lain PSP dan keluarga mereka. Setiap item dinilai menggunakan skala 4 markah jenis Likert iaitu “*sangat setuju*”, “*setuju*”, “*tidak setuju*”, dan “*sangat tidak setuju*”.

Soalan ke 13

*“Saya bersedia bersama-sama ahli keluarga yang lain untuk meneruskan terapi seperti ini selepas \_\_\_\_\_ keluar dari pusat pemulihan ini.”*

Soalan ke 14

*“Saya menyarankan supaya lebih ramai lagi PSP dan keluarga diberi peluang menyertai terapi ini.”*

IKMP.3 tidak menggunakan soalan semakan tetapi menambah Bahagian B bagi menyediakan ruang kepada kenyataan, *“Jika anda masih ada perkara yang hendak disampaikan, sila tulis dalam ruang yang disediakan di bawah ini.”* Kenyataan ini membuka ruang kepada kenyataan terbuka responden berhubungan dengan perasaan, persepsi dan kenyataan yang berkait dengan kesediaan mengekalkan pakatan keluarga.

Dalam kajian ini, IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 berfungsi untuk memperlihatkan nilai-nilai kesepakatan keluarga budaya kolektivisme yang dicirikan oleh kesetiaan kepada kelompok, identiti kelompok dan persepsi mereka terhadap pendekatan rawatan yang menekankan nilai gotong-royong atau kerjasama.

Inventori	Nilai Alfa Conbach	Pra	Pos	Susulan
IKMP	Bahagian Keluarga	0.775	0.719	0.875
	Bahagian Klien	0.953	0.906	

***Jadual 3.4: Nilai Kebolehpercayaan Instrumen Kajian***

Jadual 3.3 menunjukkan tahap kebolehpercayaan bagi instrumen yang digunakan dalam kajian ini. Hasil kajian mendapati julat alfa Cronbach bagi keenam-enam instrumen bagi pra kajian bernilai antara 0.775 dan 0.953. Sementara julat nilai alfa Cronbach bagi pasca kajian bernilai antara 0.719 dan 0.906. Bagi julat nilai alfa Cronbach bagi kajian susulan bernilai antara 0.875 dan 0.979. Kesimpulannya, nilai alfa Cronbach bagi instrumen yang digunakan semasa pra, pasca dan susulan kajian adalah baik dan boleh dipercayai.

### **3.6 Prosedur Penyelidikan**

Kajian ini dijalankan dengan kebenaran pihak Ibu Pejabat Agensi Antidadah Kebangsaan (AADK), Putrajaya. Tempat kajian (PUSPEN, Sg. Besi) adalah juga merupakan pusat pilihan pihak AADK khususnya Pengarah Rawatannya, setelah mempertimbangkan beberapa pusat yang lain sebelum membuat keputusan. Setelah mendapat kebenaran daripada Pengarah Rawatan AADK, pengkaji pergi ke PERSADA untuk berjumpa Komandan dan beberapa orang Pegawai dan Kaunselor di pusat tersebut, untuk meninjau kaedah untuk memulakan penyelidikan. Setelah berbincang



dengan pihak PERSADA, pengkaji diberitahu bahawa permintaan untuk mendapat bantuan mengenal pasti keluarga yang masih berhubung atau melawat peserta program tidak dapat dipenuhi. Pengkaji juga diberitahu bahawa untuk mengumpul semua ahli keluarga peserta bagi tujuan intervensi kelompok adalah “terlalu sukar”. Dalam hal tersebut, mereka tidak nampak jalan untuk membantu. Lagi pengkaji diberitahu, lazimnya dari keseluruhan ahli keluarga, satu atau dua orang ahli sahaja yang menunjukkan minat untuk membantu peserta. Walau bagaimana pun, kerjasama pihak Komandan dan kakitangan PERSADA, dalam lain-lain aspek seperti menggunakan bilik yang berhawa dingin untuk sesi terapi, adalah amat memuaskan.

Setelah beberapa kali berulang-alik ke PUSPEN, Sg. Besi pengkaji mendapat ruang, dibantu oleh Kaunselor dan Ketua Pelatih, untuk bertemu dengan 37 orang pelatih yang berada fasa pra-bebas. Mereka minta berkumpul di dalam sebuah dewan di pusat tersebut. Pengkaji memberi penerangan mengenai penyelidikan yang akan dijalankan, kertas kosong diedarkan untuk ditulis oleh PSP maklumat-maklumat yang diperlukan seperti nama mereka, nama, nombor telefon dan alamat ahli keluarga yang mereka fikir boleh dijadikan orang perantaraan atau “*contact person*”. PSP diberi kebebasan sama ada untuk menyertai atau tidak menyertai projek penyelidikan. Dengan lain perkataan, hanya PSP yang bersetuju untuk menyertai penyelidikan sahaja yang perlu menulis maklumat yang ditentukan.

Dua orang pelatih yang memohon untuk tidak mengisi Borang Penawaran. Mereka memberi alasan bahawa mereka tidak lagi mempunyai keluarga. Pengkaji sedia maklum dan menerima alasan mereka secara terbuka. Dari jumlah tersebut tujuh pelatih yang bersetuju untuk mengikuti penyelidikan ini, tiga orang hanya menulis nama mereka dan nombor telefon keluarga, tiga tidak menulis nama mereka tetapi memberi nombor telefon keluarga mereka, dua menulis nama tetapi memberi nombor telefon yang salah ( mungkin nombor telefon asal telah ditukarkan kepada nombor yang baru).

Setelah dihubungi, enam daripada nombor telefon keluarga responden didapati betul. Daripada jumlah tersebut, dua ahli keluarga yang hubungi tidak berminat menyertai program dan mengeluarkan kata-kata yang agak kasar seperti, “Saya tidak ada masa”, “Saya dah bosan. Saya tak mahu ambil tahu lagi hal mereka” dan “Jangan ganggu kami”. Seorang ibu PSP menunjukkan kurang berminat pada peringkat awal, tetapi menghubungi pengkaji kemudiannya untuk mendapat penerangan lanjut, seorang ahli keluarga berminat tetapi mempunyai masalah untuk mengumpulkan semua ahli keluarganya; dua berminat dan sedia membuat temu janji untuk mendapatkan penjelasan lanjut.

Empat keluarga yang didapati berpotensi untuk menyertai penyelidikan dihubungi dan buat temu janji. Beberapa temu janji di luar (sekitar Kuala Lumpur dan Shah Alam) dan di dalam PUSPEN, Sg. Besi berjalan dengan lancar. Selain dari itu lawatan ke rumah keluarga juga dibuat dengan permintaan wakil keluarga yang dihubungi untuk memberi penerangan secara individu.

Di akhir siri perjumpaan dengan wakil-wakil ahli keluarga, 4 keluarga yang sesuai bersetuju menyertai penyelidikan. Terdapat ciri-ciri yang membezakan keempat-empat buah keluarga ini yang boleh dijadikan kelompok perbandingan. Perbezaan ciri dilihat dari komposisi keempat-empat kelompok keluarga yang pengkaji dilabelkan sebagai ;

1. Kelompok Keluarga Kecil (K1)
2. Kelompok Keluarga Besar (K2)
3. Kelompok Keluarga Dua Ibu (K3)
4. Kelompok Keluarga Tambahan (K4)

<b>Keluarga</b>	<b>Umur</b>	<b>Lelaki</b>	<b>Perempuan</b>
Keluarga Kecil	21 –50 tahun	2 orang	3 orang
Keluarga Besar	12–48 tahun	4 orang	6 orang
Keluarga Dua Ibu	30–53 tahun	5 orang	2 orang
Keluarga Tambahan ( <i>Extended</i> )	27 –61tahun	9 orang	5 orang
Jumlah Keseluruhan Ahli = 35		20	16

***Jadual 3.5: Taburan Ahli Kelompok Mengikut Umur & Jantina (Keputusan)***

Jadual 3.4 di atas menunjukkan jumlah ahli penuh K1 ialah 5 orang - seorang ibu (tunggal), 2 orang anak lelaki dan 2 orang anak perempuan. K2 mengandungi 10 orang ahli - seorang ayah, seorang ibu, 3 orang anak lelaki, dan 5 orang anak perempuan. K3 mengandungi 7 orang ahli keluarga - seorang ibu (tunggal), 2 orang anak lelaki dan seorang anak perempuan, dan 3 anak lelaki (anak tiri). K4 mengandungi 13 orang ahli keluarga – seorang bapa, seorang ibu, 3 orang anak lelaki, seorang anak perempuan, seorang ayah saudara, seorang menantu lelaki ayah saudara, 2 orang anak lelaki ayah saudara dan 2 orang menantu ayah saudara, seorang sepupu ipar lelaki.

Keempat-empat kelompok kajian diberikan rawatan terapi keluarga menggunakan modul penyelidikan iaitu Terapi Keluarga Kolektif (CFT) dalam satu tempoh antara 1 – 4 bulan (Disember 2008 hingga Mac 2009). Sembilan sesi terapi termasuk satu pra-sesi bagi tujuan persediaan kelompok, dijalankan ke atas kesemua kelompok kajian. Sesi Pra-Rawatan untuk menyediakan subjek dengan elemen psikopendidikan dilakukan secara berasingan bagi kedua-dua sub-kelompok (penagih separa-pulih dan keluarga mereka) setiap kelompok kajian. Topik yang dibincangkan meliputi keluarga, nilai-nilai pakatan terapeutik dalam budaya kolektivisme, pendekatan rawatan, jangkaan/harapan, matlamat kelompok, penagihan dadah dan relaps, kasih sayang dan persubahatan (*enabling*).

SESI		JUMLAH AHLI YANG HADIR											
		Pra-Sesi		Psipendidikan		1	2	3	4	5	6	7	8
KELOMPOK	Kod	P	K	P	K								
Kelompok Keluarga Kecil	K1	1	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kelompok Keluarga Besar	K2	1	6	1	8	8	8	7	7	8	8	8	8
Kelompok Keluarga Dua Ibu ( <i>Remarriage Couple</i> )	K3	1	5	1	5	6	6	8	7	7	8	9	7
Kelompok Tambahan ( <i>Extended</i> )	K4	1	4	1	5	5	9*	9	11	12	9	7	11

*Petunjuk:: (P)=PSP; (K)= Ahli Keluarga*

**Jadual 3.6 : Jenis Kelompok dan Kehadiran Ahli Mengikut Jumlah dan Sesi**

Jumlah ahli yang hadir setiap sesi dalam Jadual 3.5, kecuali pra-sesi (K), sesi psikopendidikan (K) dan sesi 2 Keluarga Tambahan (bertanda \*), adalah termasuk seorang (1) PSP. Bagi pra-sesi, PSP dan ahli keluarga hadir secara berasingan. Pada sesi keempat, Jadual 3.5 menunjukkan tiga dari empat kelompok kajian (Kelompok Kecil, Kelompok Besar dan Kelompok Dua Ibu) dilihat seolah-olah mula menetapkan jumlah ahli-ahlinya yang patut hadir setiap sesi terapi secara tekal. Kelompok Tambahan (*extended*) didapati mula tekal pada sesi keenam. Pada peringkat ini ahli-ahli kelompok masih berkompromi untuk memastikan siapa yang kekal dan siapa yang boleh berundur. Sebagai contoh, bermula dari sesi keenam didapati ahli dari keluarga ayah saudara telah mengundur diri dan memberi laluan kepada PSP dan keluarganya yang sebenar ‘mengatasi masalah mereka sendiri’. Perbincangan dan pakatan dalam kalangan sesama ahli kelompok untuk mengecilkan jumlah ahli dan melancarkan perjalanan sesi mereka bermula selepas sesi kedua. Ahli-ahli kelompok ini terdorong mengemaskinikan

kelompok mereka setelah mengetahui bahawa lain-lain kelompok telah lebih jauh meninggalkan mereka dari segi jumlah sesi.

### **3.7 Pengumpulan data**

Penggunaan kaedah kajian yang menggabungkan metod Kuasi Eksperimen dan Penyelidikan Berpanjangan (*Longitudinal research*) dalam kajian ini melibatkan kaedah pengumpulan data pelbagai yang membentuk kaedah triangulasi iaitu pengumpulan data dari kaedah yang berbeza untuk menghasilkan satu bentuk keputusan yang sama (Frielding & Fielding, 1986). Strategi ini dikatakan mampu mengurangkan risiko kesimpulan kajian yang dibuat hanya menggambarkan bias sistematik atau limitasi sumber tertentu atau metod, dan membenarkan pengkaji mendapat pemahaman mengenai isu-isu yang dikaji secara yang meluas dan berkualiti (Frieding & Fielding, 1986).

Dalam kajian ini, pengkaji menggunakan tujuh sumber data (data kualitatif; kaedah pemerhatian ke atas proses terapi, maklumbalas melalui pemerhatian dan catatan refleksi pembantu ahli terapi (PAT) menggunakan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT), dan refleksi subjek kajian mengenai pengalaman mereka dan menerusi temubual dengan PSP dan keluarga mereka termasuklah temubual berstruktur, temubual separa-struktur, perbualan melalui telefon dan analisis dokumen (sms, respon bertulis subjek kajian). Manakala data kuantitatif diperoleh dari soal selidik yang dibentuk sendiri iaitu IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 (soal selidik susulan). Selain dari itu, sebahagian daripada refleksi pembantu ahli terapi (PAT) dan subjek kajian juga di kumpul menggunakan borang penilaian BPT. PAT di minta mengisi borang penilaian BPT pada

akhir rawatan sebagai satu kesimpulan yang menggambarkan pencapaian rawatan secara menyeluruh.

Menurut Hisada (2003), keputusan yang terhasil dari kaedah sedemikian adalah lebih meyakinkan. Jadual 3.2: berikut ini menunjukkan kaedah pengumpulan data kajian (kuantitatif/kualitatif) bagi ketiga-tiga fasa kajian.

FASA	AKTIVITI PENYELIDIKAN	PENGUMPULAN DATA
1	a. Pra-Ujian /Penyediaan kelompok / Sesi Psikopendidikan b. Rawatan terapi keluarga (CFT) - 8 sesi c. Pasca-Ujian	- Data kuantitatif dikumpul menggunakan IKMP.1 (pra-ujian) dan IKMP.2 (pasca-ujian) dan Borang Proses Terapi (BPT). - Data kualitatif dikumpul melalui pemerhatian proses terapi oleh ahli terapi dan pembantunya
II	Tempoh Percubaan Adaptasi Pakatan Terapeutik Tanpa Intervensi (2 tahun)	- Tiada aktiviti formal/ maklumat diterima melalui panggilan telefon dan sms dari subjek kajian (bertanya khabar/mengucapkan terima kasih).
III	Ujian Susulan	- Mengumpul data menggunakan soal selidik, interviu, perbualan telefon dan sms

**Jadual 3.7: Kaedah Pengumpulan Data Kajian (Kuantitatif/Kualitatif)**

Bukti kualitatif dan data dari analisis deskriptif digunakan adalah saling melengkapi untuk menghurai dan menerangkan persoalan penyelidikan ini. Penyelidikan ini menggunakan kaedah pengumpulan data dengan mengedarkan soal selidik pada tiga fasa penyelidikan iaitu peringkat pra-ujian, pasca-ujian dan peringkat akhir tempoh penyelidikan berpanjangan selepas 24 bulan subjek kajian menjalani rawatan CFT.

Sebahagian besar data kualitatif bagi kajian ini diperoleh daripada analisis dokumen dalam bentuk catatan PAT hasil dari pemerhatian dan kesimpulannya mengenai perubahan yang dilalui oleh subjek kajian sepanjang proses terapi yang dijalankan, bagi 3 bulan pertama penyelidikan ini. Bagi tempoh 24 bulan seterusnya maklum balas dalam bentuk panggilan telefon atau pesanan ringkas sms yang diterima dari subjek kajian dicatat dan digunakan sebagai maklumat mengenai perkembangan subjek kajian setelah menjalani sesi CFT.

Pada akhir tempoh 24 bulan, pengkaji dan PAT membuat lawatan ke rumah keluarga PSP. Pengkaji dan PAT akan mengadakan temubual separa berstruktur dan tidak formal dengan ahli keluarga PSP. Seterusnya mengadakan temubual berstruktur dengan PSP. Empat komponen soalan temubual berstruktur ialah i) keadaan semasa PSP dan keluarganya ii) hubungan dengan keluarga iii) mengenai relaps, dan iv) rancangan masa hadapan PSP. Bagi PSP dan ahli keluarga mereka yang tidak dapat ditemui secara bersemuka, pengkaji atau PAT akan menghubungi mereka melalui telefon. Perbualan dicatat dan dianalisis.

Data kualitatif diperoleh dengan memberi fokus ke atas proses dan hasil rawatan (*outcome*) setelah subjek kajian menjalani terapi CFT. Pengkaji adalah juga merupakan ahli terapi yang menjalankan semua sesi intervensi (32 sesi kelompok CFT, 4 sesi psikopendidikan dan 8 pra-sesi) dengan bantuan seorang pembantu ahli terapi (PAT). Dengan demikian, kaedah pemerhatian digunakan untuk mengumpul data sepanjang

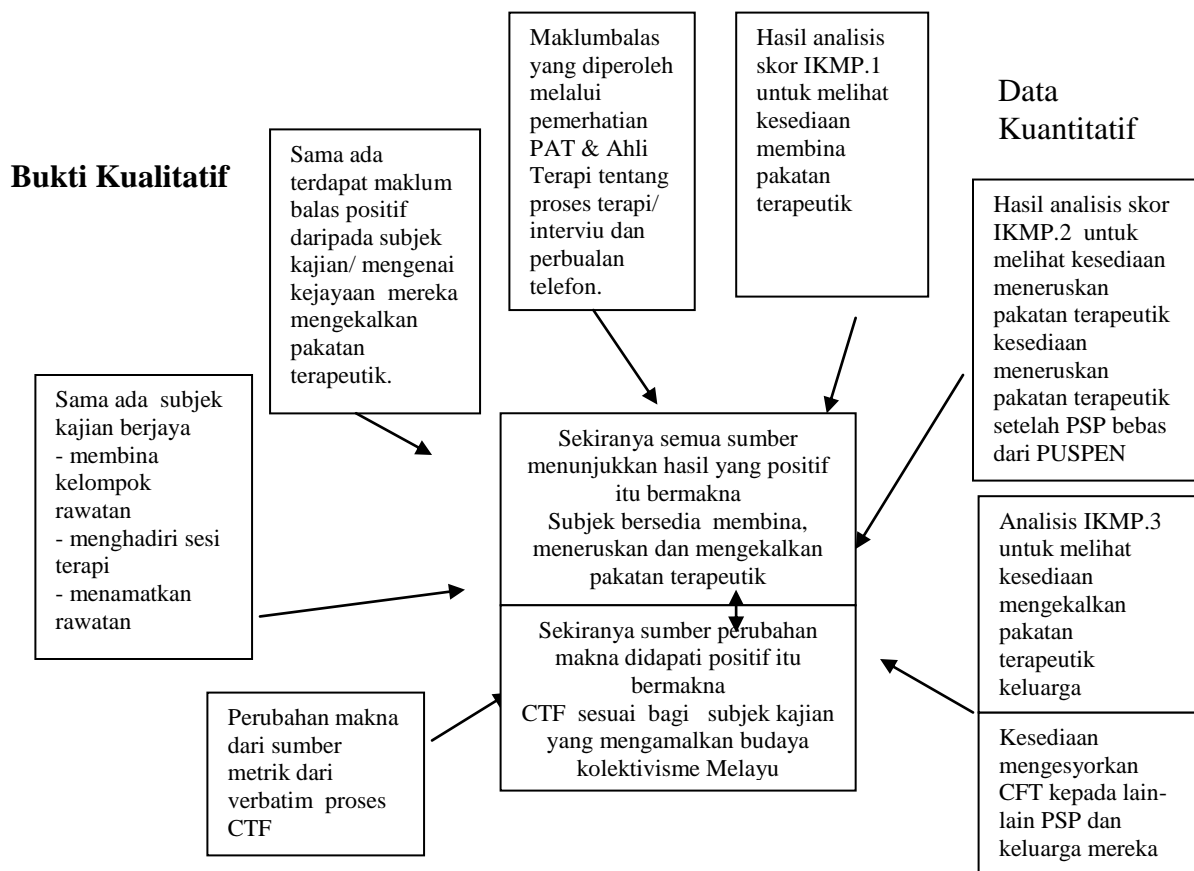


proses terapi dijalankan di samping penggunaan lain-lain kaedah seperti interbiu struktur dan separa struktur, penggunaan telefon dan sms.

Data kuantitatif dikumpul menggunakan soal selidik IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 yang diedar kepada subjek kajian sebagai pra-ujian, pasca-ujian dan setelah tamat tempuh dua subjek kajian menjalani rawatan CFT. Data dari IKMP.1 dikumpul untuk melihat kesediaan subjek kajian membina pakatan terapeutik sesama mereka untuk menjalani sesi terapi. IKMP.2 menyediakan data mengenai kesediaan subjek kajian meneruskan pakatan terapeutik setelah PSP bebas dari PUSPEN. Manakala IKMP.3 diedarkan untuk mengumpul data mengenai keupayaan subjek kajian mengekalkan pakatan terapeutik dan keupayaan PSP mengekang relaps bagi tempoh dua tahun. Penggunaan metod penyelidikan berpanjangan (*longitudinal*) selama dua tahun ini memberi ruang kepada pengkaji untuk melihat kesan pengekalan pakatan terapeutik keluarga bagi jangka masa panjang ke atas keupayaan PSP mengekang relaps. Jangka masa dua tahun merupakan jangka masa yang lebih meyakinkan untuk melihat potensi PSP meninggalkan tabiat menagih dadah untuk sepanjang hayatnya. Pengkaji-pengkaji terdahulu seperti Chung, Langenbacher, Labouvie, Pandina, & Moos, (2001), Greenfield, Hufford, Vagge, Muenz, Costello, dan Weiss, (2000), dan *The Relapse Replication and Extension Project* (1996), lebih cenderung menggunakan tempoh 12 bulan untuk membuat susulan. Walau bagaimanapun, pada pandangan pengkaji tempoh 24 bulan adalah lebih baik untuk memastikan perubahan yang berlaku adalah lebih mampan.

### 3.8 Analisis data

Bagi tujuan analisis data, pengkaji terlebih dahulu mengumpul semua sumber-sumber yang berkaitan menggunakan metod pengumpulan maklumat triangulasi (Friending & Fielding, 1986) seperti Jadual 3.3. Kesemua bukti-bukti kualitatif dan data kuantitatif dapat digabungkan untuk membuat kesimpulan mengenai keputusan kajian.



*Rajah 3.3: Triangulasi*

### **3.8.1 Menilai Kesepadanan**

Menurut Maxwell (2006), matrik adalah alat yang baik untuk menilai kesepadanan (*compatibility*). Ia boleh dibentuk dengan menyenaraikan semua soalan kajian dan mengenalpasti bagaimana setiap komponen metod kajian dapat membantu mengumpul data untuk menjawab persoalan kajian. Jadual 3.7 di bawah ini menunjukkan jadual metrik yang dimaksudkan;

<b>Persoalan Kajian</b>	<b>Metod apa yg boleh menjawab persoalan ini?</b>	<b>Di mana data ini diperoleh?</b>	<b>Indikator apakah yang menjawab persoalan kajian?</b>
Adakah terdapat kesediaan dalam kalangan PSP dan keluarga mereka untuk membina semula dan mengekalkan pakatan terapeutik?	IKMP.1, IKMP.2 & IKMP. 3 mengukur tahap kesediaan subjek kajian membina & mengekalkan pakatan terapeutik	Data kuantitatif diperoleh daripada pra-ujian, pos-ujian dan ujian susulan, manakala data kualitatif dari pemerhatian, temubual, perbualan telefon dan sms	Kelompok berjaya dibentuk, skor bagi IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 positif melebihi 50% .  Hasil pemerhatian pengkaji dan maklum balas daripada subjek kajian yang positif.
Adakah PSP berpotensi mengekalkan kepulihan setelah mereka dan keluarga berjaya mengekalkan pakatan bagi tempoh kritikal selama 2 tahun?	Pendekatan penyelidikan berpanjangan menguji pakatan terapeutik keluarga bagi tempoh yang panjang (2 tahun) setelah diberi rawatan CFT.	Tiga dari empat PSP berjaya mengekang relaps dalam tempoh kritikal selama dua tahun	Sekiranya PSP dan keluarga mereka berjaya mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh kajian selama dua tahun
Di antara faktor kesetiaan, identiti keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan, faktor manakah menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka?	Komponen kesetiaan, identiti keluarga dan persepsi terhadap rawatan membentuk IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3. pra-ujian, pasca-ujian dan ujian susulan dijalankan.	Menganalisis data peratusan subjek terhadap item IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 secara keseluruhan, critical discourse analysis – Jadual data extract (Fairlough, 1995)	Perbezaan peratusan skor IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 menghasilkan jawapan kepada faktor yang menjadi petunjuk bagi kesediaan membina dan mengekalkan pakatan terapeutik
Adakah modul terapi CFT (Collective Family Therapy) sesuai digunakan untuk merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu?	Perlaksanaan modul CFT sebagai pendekatan rawatan ke atas subjek menggunakan IKMP.1 dan IKMP.2 bagi pra dan pasca-ujian	Item 13 IKMP.2, Jadual Sumber Perubahan Makna, Jadual BPT dan input-input yang perolehi melalui proses terapi dan interbiu	Analisis Item 13, IKMP.2 menunjukkan subjek mengesyorkan penggunaan CFT kepada peserta lain Program PUSPEN; Jadual Sumber Perubahan Makna dan Jadual BPT menunjukkan subjek mengalami perubahan; Keluarga berjaya mengekalkan pakatan terapeutik dan kejayaan PSP mengekang relaps.

***Jadual: 3.7: Hubungan Persoalan Kajian, Metod Kajian dan Indikator Dengan***

***Jawapan Persoalan Kajian***

### 3.8.2 Sumber Metrik

Pengkaji juga menggunakan kaedah pengkodan yang melibatkan ‘pembahagian maklumat mengikut kategori dan menyusun semula dalam kategori yang telah diberi kod yang membolehkan perbandingan dibuat antara satu dengan yang lain. Menurut Strauss (1987), kaedah ini seterusnya membantu dalam pembinaan konseps teoretikal.

Bagi tujuan pengkategorian, pengkaji menggunakan sumber matrik yang diperkenalkan oleh Miles dan Huberman (1994). Sumber matrik merujuk kepada perkataan atau ayat yang diucapkan oleh klien yang boleh digunakan sebagai huraian atau penjelasan kepada makna (*meaning*) sesuatu konsep secara langsung atau tidak langsung. Contoh yang dipaparkan pada Jadual 3.8 menunjukkan sumber metrik ‘Kesetiaan’. Kedua-dua dialog *”Saya tidak akan membiarkan suami saya bersendirian menghadapi masalah penagihannya”* dan *“Biar apa yang berlaku, saya akan tetap tidak akan memohon penceraian dari suami saya.”* tidak menyebut perkataan setia atau kesetiaan, namun ia menjelaskan maksud kesetiaan seorang isteri kepada suaminya.

Konsep	Sumber Makna
Kesetiaan	- "Saya tidak akan membiarkan suami saya bersendirian menghadapi masalah penagihannya"
	- "Biar apa yang berlaku, saya akan tetap tidak akan memohon penceraian dari suami saya."

***Jadual 3.9: Contoh Sumber Matrik***

Dalam kajian ini konsep-konsep seperti kesediaan membina pakatan, kesediaan mengekalkan pakatan dan penerimaan terhadap PSP (Jadual 3.9) boleh dijadikan contoh sumber metrik. Petikan verbatim perbualan daripada interaksi pengkaji dengan subjek kajian secara bersemuka dalam sesi-sesi rawatan akan digunakan untuk memberi makna kepada konsep yang dipilih.

Kenyataan klien yang digunakan menghurai konsep pertama dalam Jadual 3.10, jelas menunjukkan terdapat kesediaan membina pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan ahli keluarga mereka untuk duduk 'semeja' atau dalam satu kelompok terapi untuk membincangkan masalah yang menjejaskan perhubungan mereka khususnya mengenai penagihan dadah. Subjek kajian khususnya ahli keluarga, didapati amat teruja untuk turut membantu pemulihan ahli keluarga mereka. PSP yang pada awal kurang yakin bahawa keluarga mereka akan datang setiap minggu mengikuti sesi terapi bersama-sama, didapati mula berubah seawal sesi ketiga. Hasilnya, PSP dan keluarga mereka berjaya membina pakatan terapeutik untuk menjalani 8 sesi terapi modul CFT dalam

tempoh tiga hingga empat bulan. Kenyataan ini akan turut disokong oleh data kuantitatif yang dikumpul menggunakan IKMP.1.

Konsep	Petikan Verbatim
Kesediaan membina pakatan terapeutik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Saya memang sudah lama cari peluang untuk terlibat sama membantu anak saya.” (Ibu kepada Keluarga Kecil)</li> <li>- “Terima kasihlah kerana pilih keluarga kami masuk program (penyelidikan) ini.”(Ibu kepada Keluarga Dua Ibu)</li> <li>- “Saya memang dah lama tunggu peluang macam ini nak bagi tahu bapa mengapa saya hisap dadah . . .” (PSP-Z dari Keluarga Besar)</li> </ul>
Kesediaan meneruskan / mengekalkan pakatan terapeutik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Bila kami dah boleh bincang macam ini (secara terbuka), Insya Allah kami boleh terus bincang bila ada masalah selepas semua sesi rawatan ini.” (Abang Sulung kepada Keluarga Dua Ibu)</li> <li>-</li> <li>- “Rasanya lepas ini (setelah menjalani sesi CFT) kami tak takut lagi nak cakap dengan abang (PSP). Dia boleh ikut saya bekerja dengan syarikat tempat saya kerja.” (Adik Perempuan PSP-Z/Keluarga Besar)</li> <li>-</li> </ul>
Kesedaran / Penerimaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Menangis) “Kami ingat dia (PSP) tak nak berhenti hisap dadah, tapi rupanya dia menderita kerana nak berhenti hisap dadah.” (Ibu kepada Keluarga Besar)</li> <li>-</li> <li>- “Bapa tak sangka, niat bapa nak bagi hang jadi baik, sebab tu bapa hantar hang pergi ke sekolah agama. Tapi rupanya hang rasa keluarga tak sayang dekat hang . . . hang rasa keluarga buang hang. Bapa minta maaflah kalau bapa tak sengaja buat hang rasa macam tu.” (Bapa kepada Keluarga Besar)</li> <li>-</li> </ul>

**Jadual 3.10: Contoh Petikan Sumber Matrik Kajian**

Petikan perbualan yang dipetik untuk menghurai konsep kedua diperoleh pada sesi keenam dan kelapan yang menghurai kesediaan ahli keluarga meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik yang telah dibina pada awal sesi CFT. Fasa penutupan CFT yang menggalakkan ahli kelompok memeluk antara satu dengan lain berjaya dimanfaatkan oleh subjek kajian untuk memecahkan tembok pemisah antara mereka.

Konsep penerimaan terhadap isu sebenar yang menjadi akar kepada masalah penagihan daripada perspektif PSP dapat diterima oleh ahli keluarga walau ia merupakan kenyataan yang pahit untuk diterima oleh ibu bapa terutamanya apabila datangnya daripada anak sendiri. Ini kerana perluahan perasaan negatif lazimnya dilahirkan dengan perasaan marah, kecewa dan sedih. Ia lazimnya diiringi oleh suara yang agak tinggi yang bertentangan dengan nilai yang melarang anak meninggikan suara kepada orang tuanya (Surah Al-Israa', ayat 23-24). Subjek kajian pertama (seorang ibu) menangis apabila mendengar dari mulut anaknya sendiri betapa ia (anaknya) menderita menahan kesakitan dalam percubaannya untuk berhenti mengambil dadah. Menurut anaknya lagi, pada masa itu, ahli keluarga hanya memandangnya dengan perasaan marah dan benci. Ibu menyatakan rasa kesal dan sedia memahami penderitaan dan keinginan anaknya (PSP) untuk berhenti mengambil dadah atau '*pulang kepangkuan keluarga.*' Petikan perbualan kedua bagi konsep penerimaan menunjukkan penyesalan bapa PSP di atas kesilapannya membuat keputusan menghantar PSP bersekolah di sebuah sekolah agama (berasrama penuh) jauh dari Kuala Lumpur. Di sebabkan masalah kewangan, dia tidak dapat melawat dan mengambil PSP pada hari cuti dan hanya mengharap abangnya yang tinggal berdekatan sekolah PSP membantu. Walau bagaimana pun, bantuan yang



diharapkan dari bapanya tidak diperolehi. Ini menjadi punca utama PSP merasa tidak disayangi dan disisihkan oleh keluarganya.

Bagi tujuan analisis proses terapi, pengkaji hanya menggunakan sumber metrik dari tiga konsep utama kajian ini iaitu 'Kesetiaan', 'Identiti Keluarga' dan 'Bekerjasama atau Berpakat' (Pendekatan Rawatan). Manakala perubahan yang berlaku dalam kalangan subjek kajian diperoleh dari analisis 'metrik perubahan makna' (Miles & Huberman, 1994).

### **3.8.3 Perubahan Makna Konsep Utama**

Jadual 3.11 merupakan matrik makna bagi konsep utama yang digunakan dalam kajian ini iaitu kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan pakatan terapeutik. Makna bagi konsep-konsep utama, mengikut kelaziman penggunaannya dalam budaya kolektivisme Melayu dan dibandingkan dengan makna mengikut nilai yang dibawa oleh modul CFT. Proses mendefinisi semua nilai-nilai budaya Melayu yang dikenalpasti sebagai menghalang kelancaran komunikasi dalam kalangan ahli kelompok seperti kesetiaan lawan durhaka, dan hormat lawan biadap dan “kurang ajar”, bertanggungjawab, kasih sayang dan mengambil berat. Ini dapat dilakukan dengan menyuntik nilai-nilai umum yang digunakan dalam psoterapi seperti maklum balas, konfrontasi, penerimaan tanpa syarat dan pakatan terapeutik. Perbandingan Makna Konsep utama kajian ini mengikut budaya kolektivisme Melayu dan CFT bertujuan menerangkan faktor perbezaan makna yang mempengaruhi pembuatan keputusan subjek kajian dalam membina dan meneruskan pakatan. Jadual 3.11 mengandungi makna secara operasional bagi tiga konsep utama kajian ini iaitu kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan pakatan (terapeutik) iaitu pendekatan rawatan, mengikut nilai dan amalan asal subjek kajian (Budaya Kolektivisme Melayu) dan pengertian baru yang disuntik melalui CFT.

Konsep	Makna Mengikut Nilai dan Amalan Asal Subjek Kajian dari Budaya Kolektivisme Melayu	Pengertian Baru Yang Disuntik Melalui CFT
Kesetiaan Kepada Keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepentingan keluarga mengatasi kepentingan individu. akur, tidak melawan ibu bapa atau ahli keluarga yang lebih tua, meninggikan suara, mengatakan sesuatu yang boleh menyinggung perasaan ahli keluarga yang lebih tua.</li> <li>- Patuh kepada kehendak keluarga secara membabi buta (<i>blind faith</i>), sanggup berkorban; sedia mengenyahkan kepentingan individu demi untuk kebaikan keluarga.dll.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga penting tetapi <i>kepentingan ahli secara individu perlu juga diberi perhatian</i></li> <li>- <i>Menghargai perbezaan ahli keluarga secara individu.</i></li> <li>- <i>Memberi maklum balas secara ikhlas dan jujur, walau pun pahit bukan tindakan mendurhaka atau kurang ajar tetapi adalah baik demi kesejahteraan keluarga, hubungan dalam keluarga yang baik.</i></li> <li>- Keupayaan ahlinya memberi dan menerima maklumbalas secara yang ikhlas.</li> </ul>
Identiti Keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempunyai semangat kekeluargaan, mesti serupa dalam tindakan, kepercayaan, persepsi, sikap dan nilai.</li> <li>- Menjaga maruah dan imej keluarga, tidak bercerita dan berbincang mengenai keburukan keluarga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempunyai semangat kekeluargaan dan menghargai silaturrahim tetapi <i>tidak terlalu menekan keperluan keseragaman</i> dari segi tindakan, sikap dan pemikiran serta <i>menghargi perbezaan individu.</i></li> </ul>
Pakatan Terpeutik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gotong royong, tolong menolong tanpa mengharapkan balasan (altruism), saling membantu dalam mengatasi masalah yang berat atau yang ringan, bekerjasama semasa senang dan semasa susah.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gotong royong, tolong menolong, bekerjasama untuk mencapai matlamat kelompok tetapi <i>turut menekankan kepentingan ahli kelompok secara individu.</i></li> </ul>

**Jadual 3.11: Matrik Makna Konsep Mengikut Budaya Kolektivisme Melayu & CFT**

### **3.8.3.1 Kesetiaan Kepada Keluarga**

Pada peringkat pra-rawatan, makna kesetiaan kepada keluarga adalah dipengaruhi oleh amalan budaya kolektivisme yang meletakkan kepentingan keluarga mengatasi individu. Fokus diberikan kepada persetujuan bersama ahli keluarga. Sekiranya ada ahli yang tidak setuju dengan keputusan yang dibuat oleh keluarga secara kolektif, umumnya dia mungkin dianggap sebagai mementingkan diri sendiri, tidak boleh diharap atau tidak bertanggungjawab terhadap keluarga sendiri. Atas hujah ini, pengkaji berpendapat bahawa kesediaan membina pakatan adalah lebih didorong oleh kepatuhan kepada keputusan keluarga dengan mengketepikan kepentingan diri bagi menjamin keharmoniaan silaturahim, semangat kekitaan dan identiti keluarga.

Berbeza dengan kesediaan meneruskan pakatan terapeutik, walau pun kesetiaan kepada keluarga mengikut definisi budaya kolektivisme Melayu masih dipegang kuat, nilai-nilai yang dibawa oleh CFT seperti, kepentingan memberi dan menerima maklumbalas, meluahkan perasaan negatif dan menerangkan perkara sebenar walau pahit dan pedih adalah tindakan yang positif demi kesejahteraan keluarga. Kejayaan subjek kajian mendefinisikan semula konsep kesetiaan kepada keluarga membolehkan hubungan antara mereka menjadi sumber terapeutik yang baik.

Perubahan makna adalah merupakan refleksi subjek kajian mengenai perubahan yang alami pada peringkat emosi dan kognisi. Ini akan diikuti dengan perubahan tingkah laku, apabila subjek mula mengamalkan pakatan terapeutik dalam kehidupan harian mereka.

### **3.8.3.2 Identiti Keluarga**

Pembinaan pakatan terapeutik juga lebih dipengaruhi oleh amalan budaya kolektivisme Melayu khususnya identiti keluarga. Keseragaman dalam tindakan atau tingkah laku, kepercayaan, persepsi, sikap dan nilai menimbulkan rasa kekitaan (*sense of belongingness*). Ahli keluarga terdorong mengatakan persetujuan mereka untuk membina pakatan terapeutik berdasarkan keperluan mereka untuk dihargai dan diterima sebagai ahli keluarga.

Berbeza daripada keputusan membina pakatan terapeutik, keputusan meneruskan pakatan terapeutik menampakkan pengaruh multibudaya yang dibawa oleh CFGT. Antara pekara yang penting yang diterima pakai oleh subjek kajian ialah nilai untuk menghargai kepelbagaian (*diversity*) dan perbezaan ahli keluarga sebagai seorang individu. Apabila nilai ini diterima dengan sendirinya ia mengurangkan intensiti identiti keluarga khususnya definisi mengenai keseragaman seperti yang dibincang di atas. Ini memberi ruang kepada PSP untuk diterima seadanya di dalam kelompok terapi dan seterusnya dalam keluarga.

### 3.8.3.3 Pakatan Terapeutik

Pengertian pakatan terapeutik mengikut budaya kolektivisme boleh ditakrifkan sebagai berkorban, bekerjasama dan saling membantu untuk mencapai matlamat kelompok iaitu mengekang relaps. Pengertian ini lebih tinggi nilainya berbanding pengertian pakatan terapeutik di Barat, khususnya apabila konsep ‘berkorban’ dapat dimasukkan dalam hubungan keluarga. Mengekang relaps lebih menjurus kepada mencapai kesejahteraan keluarga di mana PSP adalah juga ahlinya. Walau pun mungkin terdapat perasaan marah atau benci dalam kalangan ahli keluarga terhadap PSP, keperihatian terhadap kesejahteraan ibu dan bapa yang lazimnya turut menderita sebagai *co-dependent* kepada PSP menjadikan pakatan terapeutik amat perlu diwujudkan. Lebih-lebih lagi jika mereka pasti tindakan menghasilkan kesejahteraan keluarga yang mereka idamkan. Kesimpulan yang boleh dibuat ialah persetujuan membina pakatan terapeutik adalah juga didorong oleh kekuatan pengaruh budaya kolektivisme ke atas ahli-ahlinya.

Perubahan makna daripada mengikut nilai dan amalan asal subjek kajian kepada pengertian baru yang disuntik menggunakan nilai asas psikoterapi yang juga digunakan menilai kesesuaian rawatan menggunakan modul CFT. Sebagai contoh, bagi membolehkan komunikasi dalam kalangan ahli keluarga yang berkonflik berjalan lancar, ahli kelompok diberitahu bahawa keputusan individu memberi maklumbalas yang jujur dan ikhlas kepada ahli kelompok yang lebih tua darinya bermakna dia sayang, mengambil berat dan setia terhadap keharmonian keluarganya. Dengan adanya perubahan definisi nilai yang baru, individu lebih merasa selesa menyatakan perasaan yang berkonflik di dalam dirinya kepada orang-orang yang signifikan kepada dirinya.

Maka itu perubahan makna sesuatu konsep atau nilai seterusnya turut mempengaruhi perubahan individu.

Berikut adalah contoh jadual yang digunakan untuk mengumpul semua sumber perubahan metrik bagi tiga konsep utama yang ditetapkan (kesetiaan, identiti keluarga dan berpakat/bekerjasama) yang dikenalpasti semua sesi verbatim proses rawatan CFT.

<b>SESI</b> <b>KONSEP</b>	<b>Pra-Sesi</b>	<b>Psiko Pendidikan</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Jumlah</b>
Kesetiaan Kepada Keluarga	-	-	-	-	1	2	2	3	4	4	16
Identiti Keluarga	-	-	1	1	2	1	3	2	3	3	16
Pakatan Terapeutik (Pendekatan Rawatan)	-	-	3	3	2	4	2	2	5	6	27
			4	4	5	7	7	7	12	13	59

**Jadual 3.12: Metrik Perubahan Sumber Makna**

Jadual 3.12 di atas menunjukkan skor metrik perubahan sumber makna bagi konsep utama kajian (kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan pakatan terapeutik/kerjasama dalam kalangan ahli keluarga, mengikut sesi rawatan CFT dan metrik bagi keseluruhan perubahan sumber makna bagi sesebuah kelompok kajian (keluarga). Dengan demikian, pengkaji dapat menerangkan dalam bentuk peratusan, carta dan graf perubahan yang berlaku dalam kalangan ahli keluarga yang menjalani rawatan CFT. Dalam hal ini, semakin banyak perubahan makna yang dikenalpasti semakin tinggi perubahan yang di alami oleh sesuatu kelompok keluarga.

#### **3.8.4 Analisis Data Kuantitatif**

Bagi data kuantitatif, pengkaji menggunakan analisis deskriptif dalam bentuk peratusan. Penggunaan peratusan bagi data kuantitatif sesuai disebabkan sampel kajian yang kecil. Orientasi kelompok terapi yang bersifat terbuka juga mempengaruhi ketekalan data kuantitatif yang diperoleh disebabkan ahli keluarga yang menghadiri pada sesi rawatan kerap kali tidak sama setiap sesi dan dengan jumlah yang berbeza. Dalam situasi ini analisis kualitatif dan deskriptif digunakan untuk melihat hasil menjalani sesi rawatan secara menyeluruh. Walau bagaimana pun data kuantitatif yang diperoleh dalam kajian ini turut dilampirkan sebagai satu sumber yang boleh diperkembangkan dalam kajian yang akan datang bertujuan khususnya untuk pemurniaan modul CFT menggunakan kaedah kualitatif dan kuantitatif. Ini penting kerana pada masa ini terdapat kecenderungan yang kuat dalam kalangan para pengkaji untuk menggunakan gabungan pendekatan kuantitatif dan kualitatif bagi kaunseling kelompok (Gottman, Ryan, Carrere, & Erley, 2002; Pinosof dan Wynne (2000).



### **3.9 Penutup**

Metodologi kajian ini menggunakan kaedah kajian kuasi eksperimen dan penyelidikan berpanjangan (24-30 bulan). Isu penting yang timbul pada peringkat persampelan ialah kesukaran mendapatkan komitmen PSP untuk melibatkan ibu bapa dan ahli keluarga mereka, saiz persampelan yang kecil, pembinaan IKMP.1, IKMP.1 dan IKMP.3, pembinaan modul rawatan CFT dan penggunaan reka bentuk kajian kualitatif-kuantitatif, telah dapat diatasi. Fokus kajian kepada PSP dan keluarga mereka daripada etnik Melayu mempunyai kewajarannya. Pertama, dari segi keperluan untuk diberi perhatian segera berdasarkan peratusan penagih dadah Melayu adalah paling tinggi, di samping wujudnya trend penglibatan kanak-kanak (13-15 tahun) dan awal remaja (16-23 tahun) yang semakin meningkat. Kedua, untuk mencari pendekatan yang berkesan dan sesuai dengan kumpulan sasaran individu perlu benar-benar memahami budaya kumpulan sasaran tersebut (Corey, 2009; Capuzzi & Stauffer, 2008). Dalam hal ini, dilahirkan dan dibesarkan dalam budaya Melayu, serta mempunyai pengalaman bekerja dengan penagih dadah berbangsa Melayu, pengkaji mempunyai kekuatan yang melayakkan beliau memberi fokus khusus kepada kumpulan sasar daripada etnik Melayu.

## **BAB EMPAT**

### **KEPUTUSAN**

#### **4.1 Pendahuluan**

Bab ini akan melaporkan keputusan kajian yang didapati daripada bukti-bukti kualitatif dan analisis deskriptif. Analisis data kualitatif hasil dari pemerhatian pengkaji dan PAT yang dikumpul menggunakan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) Bahagian B, dalam bentuk konsep, tipologi, matrik dan jaringan kerja (*networks*). Begitu juga data yang dikumpul menggunakan borang soal selidik IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 yang diedarkan kepada subjek kajian pada permulaan, akhir sesi kelapan dan setelah tamat tempoh percubaan selama 24 bulan yang diberikan kepada subjek kajian untuk mengamalkan pakatan terapeutik. IKMP.1 yang diedarkan kepada subjek kajian pada awal sesi CFT menghasilkan data untuk mengkaji kesediaan membina pakatan terapeutik tanpa rawatan, manakala data dari IKMP.2 menghasilkan data yang menunjukkan tahap kesediaan subjek kajian membina pakatan setelah menjalani rawatan CFT. Seterusnya data IKMP.3 memperlihatkan faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan PSP dan keluarga mereka mengekalkan pakatan terapeutik bagi jangka masa yang panjang (selama 2 tahun), kesan jangka panjang pakatan terapeutik keluarga ke atas keupayaan PSP mengekang relaps dan kesesuaian CFT sebagai pendekatan rawatan kepada subjek kajian.

Empat persoalan yang telah dijawab dalam penyelidikan ini ialah i) Adakah terdapat kesediaan dalam kalangan PSP dan keluarga mereka untuk membina semula dan mengekalkan pakatan terapeutik? ii) Adakah PSP berpotensi mengekalkan kepulihan setelah mereka dan keluarga berjaya mengekalkan pakatan melepasi tempoh kritikal selama dua tahun? iii) Di antara faktor kesetiaan, identiti keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan, faktor manakah menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka? iv) Adakah modul terapi CFT (Collective Family Therapy) sesuai digunakan untuk merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu?

#### **4.2 Hasil Kajian**

Bagi menghasilkan jawapan kepada persoalan-persoalan yang menjadi fokus kajian ini, pengkaji menggunakan pelbagai bukti kualitatif seperti kejayaan membentuk kelompok, kejayaan subjek menamatkan rawatan, jadual sumber metrik (Miles & Huberman, 1994), jadual perbezaan sumber metrik, penggunaan analisis perbincangan kritis (*critical discourse analysis*) khususnya cabutan data (*data extract*) (Fairlough, 1995) bagi catatan yang terhasil dari sesi terapi dan temubual berstruktur dan tidak berstruktur dengan PSP dan dengan keluarga mereka, petikan perbualan telefon (pengkaji-PSP-Keluarga PSP & PAT-Keluarga PSP) dan catatan hasil pemerhatian dan catatan PAT melalui Borang Penilaian Proses Terapi (BPT). Data kuantitatif diperoleh dari soal selidiki IKMP.1, IKMP.2 dan soal selidik susulan (IKMP.3) dan borang catatan pemerhatian BPT.

#### 4.2.1 Ringkasan Hasil / Kesimpulan Kajian Keseluruhan

Rajah 4.1 berikut ini menunjukkan ringkasan bukti-bukti kualitatif dan kuantitatif yang diperolehi dari pelbagai sumber digunakan untuk membuat keputusan dan membentuk triangulasi.

Ringkasan Bukti-Bukti	Kesimpulan Umum
1. Subjek berjaya membina dan mengekalkan pakatan terapeutik sepanjang tempoh rawatan 2. Subjek kajian berjaya menamatkan 8 sesi rawatan dalam tempoh 3-4 bulan.	
3. Analisis data proses terapi CFT, dalam bentuk bentuk sumber metrik dan cabutan data (Fairclough, 1995) dari temubual bersemuka, perbualan telefon dan sms, menunjukkan terdapat perubahan dalam kalangan subjek kajian.	1. Subjek kajian secara 100% bersedia membina dan mengekalkan pakatan terapeutik.
4. Semua item IKMP.1 mendapat skor 100% menyokong pembentukan pakatan terapeutik keluarga.	2. Keluarga yang telah diperkasakan dengan nilai pakatan terapeutik mempunyai peluang untuk mengekalkan pakatan terapeutik dalam tempoh kritikal selama 2 tahun.
5. Semua item IKMP.2 mendapat skor 100% menyokong amalan pakatan terapeutik keluarga diteruskan walau pun setelah PSP bebas dari PUSPEN.	3. Keluarga yang diperkasakan dengan nilai pakatan terapeutik berupaya membantu PSP mengekang relaps.
6. Semua item IKMP.3 mendapat skor 100% menyokong mengekalkan pakatan terapeutik keluarga.	4. CFT sesuai digunakan untuk merawat subjek kajian yang terdiri dari ahli budaya kolektivisme Melayu.
7. Refleksi /pengakuan subjek kajian terhadap perubahan PSP adalah positif	
8. Tiga dari empat keluarga berjaya mengekalkan pakatan terapeutik sepanjang tempoh kritikal selama dua tahun.	
9. Tiga dari empat orang PSP berjaya mengekang relaps sepanjang dan selepas tempoh kritikal.	

**Rajah 4.1: Bukti Triangulasi**

#### **4.2.2 Bukti-Bukti Kesimpulan Kajian**

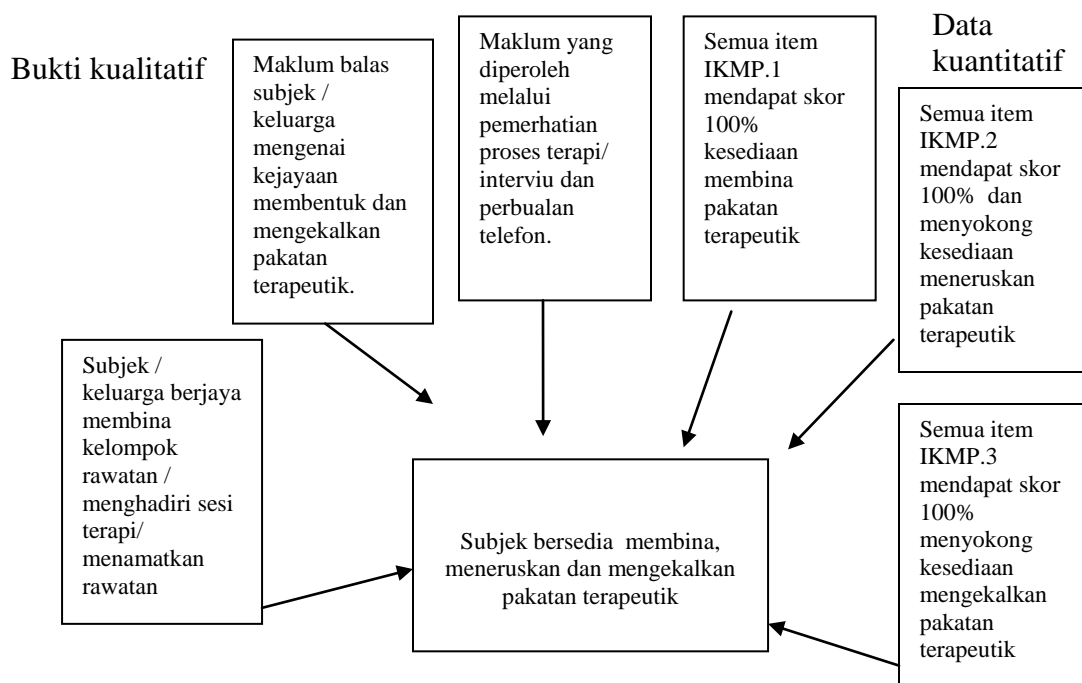
Analisis kesemua bukti-bukti dan data yang diperoleh secara khusus menjurus kepada menerangkan empat objektif kajian yang dibina pada awal pelaksanaan penyelidikan ini seperti berikut;

- i. Untuk mengkaji kesediaan PSP dan Keluarga mereka membina semula dan mengekalkan pakatan terapeutik.
- ii. Untuk mengkaji potensi pengekalan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama dua tahun ke atas potensi keupayaan PSP mengekalkan kepulihan atau kefungsiian hidup.
- iii. Untuk mengenal pasti faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka.
- iv. Untuk meneroka kesesuaian modul terapi CFT (*Collective Family Therapy*) merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu.

### 4.2.3 Objektif Kajian Pertama

Untuk mengkaji kesediaan PSP dan Keluarga mereka membina dan mengekalkan pakatan terapeutik.

Bagi mengurangkan risiko kesimpulan menggambarkan keterbatasan sumber atau metod yang digunakan, pengkaji mengumpul maklumat daripada beberapa sumber dengan menggunakan metod yang berbeza seperti paparan Jadual Sumber Metrik Rajah 1.2 di bawah ini yang membentuk metod pengumpulan maklumat triangulasi (Frieding & Fielding, 1986). Kesemua bukti-bukti kualitatif dan data kuantitatif (dalam bentuk peratusan) digabungkan untuk membuat kesimpulan mengenai keputusan kajian seperti Rajah 4.2 di bawah ini.



**Rajah 4.2: Bukti Kualitatif & Kuantitatif**

#### 4.2.3.1 Bukti Dari Data Kuantitatif

Bagi data kuantitatif, pengkaji menggunakan a) skor pra, pasca dan ujian-susulan (melalui penggunaan alat IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3) yang menunjukkan dalam kalangan subjek kajian, kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik berada pada paras 100% b) skor bagi item penyemak IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 secara individu juga berada pada paras yang tinggi.

##### (i) Skor Kesediaan Membina, Meneruskan dan Mengekal Pakatan Terapeutik

Jadual 4.1 menunjukkan skor keseluruhan IKMP.1, IKMP.2 and IKMP.3 yang digunakan pada peringkat pra-ujian, post-ujian dan ujian susulan menunjukkan 100% positif. *Ini bermakna tahap kesediaan subjek kajian sebelum rawatan, semasa dan sesudah rawatan adalah berada pada paras 100%*. Walau pun begitu, perbezaan daripada segi kualiti kesediaan boleh dilihat pada ketiga-tiga fasa ujian yang terhasil secara langsung atau tidak langsung daripada proses rawatan yang telah diberikan.

ALAT	KESETIAAN				IDENTITI KELUARGA				PENDEKATAN RAWATAN				JUM. / PURATA
	%				%				%				
	STS	TS	S	SS	STS	TS	S	SS	STS	TS	S	SS	
IKMP.1			48	52			33.9	66.1			37.3	62.7	300/3
IKMP.2			27	73			24.4	75.6			32.5	67.5	300/3
IKMP.3			8.33	91.7			19.4	80.6			20.8	79.2	300/3

*Petunjuk: STS - Sangat Setuju; TS - Tidak Setuju; S – Setuju; SS – Sangat Setuju*

**Jadual: 4.1: Skor IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3**

**(ii) Skor Item Penyemak IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3**

Item nombor 13, bagi IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 adalah seperti berikut;

- IKMP 1(Item Nombor 13): “Saya akan terus berpakat dan bekerjasama dengan \_\_\_\_ saya / keluarga saya sepanjang sesi kelompok ini dijalankan”
- IKMP.2 (Item Nombor 13): “Saya akan terus berpakat dan bekerjasama dengan \_\_\_\_ saya/ keluarga saya walau pun setelah \_\_\_\_ saya / saya menamatkan program pemulihan di sini.
- IKMP.3 (Item Nombor 11): “Saya akan bekerjasama dan mengambil berat tentang keluarga saya sama ada pada waktu senang atau susah”

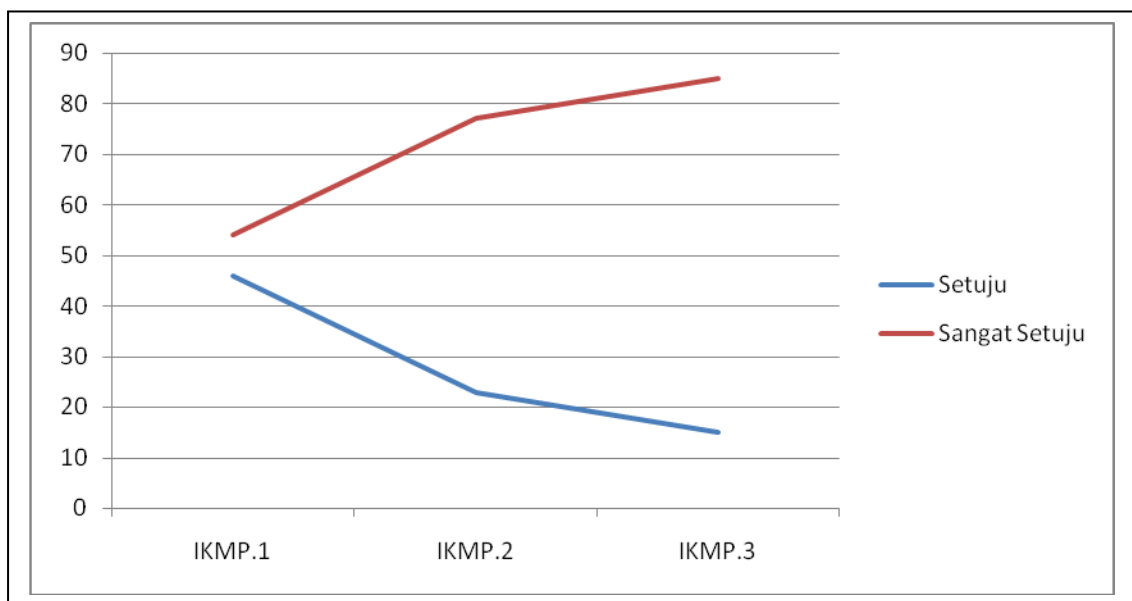
ALAT	STS	TS	S	SS	JUMLAH
	Peratusan (%)				
IKMP.1	0	0	46	54	100
IKMP.2	0	0	23	77	100
IKMP.3	0	0	15	85	100

*Petunjuk: STS - Sangat Setuju; TS - Tidak Setuju; S – Setuju; SS – Sangat Setuju*

**Jadual: 4.2: Skor IKMP.1, IKMP.2 & IKMP.3**



Jadual 4.2 menunjukkan pengekalan 100% kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik di samping menunjuk trend peningkatan kualiti kesediaan yang terus meningkat dari satu fasa ke satu fasa yang lain. Seperti data di Jadual 4.2, data yang ditunjukkan daripada dalam ***Jadual 4.2 juga memberi petunjuk terdapatnya kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik yang tinggi dalam kalangan subjek kajian.***



Graf 4.1: Kesediaan Membina dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik

Graf 4.1 menunjukkan peningkatan kelok skor *sangat setuju* dan penurunan kelok skor *setuju* pakatan terapeutik keluarga yang melalui tiga fasa ujian (pra-ujian, pasca-ujian dan ujian-susulan). Ini bermakna semakin lama ahli keluarga terdedah semakin baik kualiti kesediaan mereka untuk mengekalkan serta mengamalkan pakatan terapeutik.

#### **4.2.3.2 Bukti Kualitatif**

Bukti kualitatif diperoleh dari sumber-sumber seperti a) kejayaan subjek membentuk dan menjalani sesi rawatan, b) kejayaan subjek kajian menamatkan kesemua lapan sesi rawatan (CFT), bukti di bina dalam bentuk Sumber Metrik dan Cabutan Data (Fairclough, 1995).

##### **(i) Kejayaan membentuk kelompok kajian**

Persediaan kelompok merupakan proses yang rumit dan mengambil masa yang panjang. Walau bagaimana pun, di akhir proses ini, empat kelompok kajian yang terdiri daripada empat buah keluarga yang mengandungi 24 hingga 36 orang ahli (tidak termasuk ahli terapi dan pembantu ahli terapi atau PAT) berjaya dibentuk - i) Keluarga Kecil, ii) Keluarga Besar, iii) Keluarga Dua Ibu, dan iv) Keluarga Tambahan (*Extended Family*).

Kejayaan membentuk kelompok ini lebih merupakan hasil dari kesediaan ahli keluarga untuk menerima perlawaan PSP melalui ahli terapi, untuk “*duduk bersama*” dalam pakatan terapeutik keluarga untuk membincangkan isu-isu yang menghalang hubungan silaturrahim antara mereka. Dengan demikian, kejayaan merupakan bukti kualitatif yang boleh digunakan untuk membuat kesimpulan bahawa terdapat kesediaan dalam kalangan PSP (menganjur/memperlawa) dan ahli keluarga mereka (menerima perlawaan) untuk membina pakatan bagi tujuan mengatasi masalah antara mereka (menggunakan kesan terapeutik).

Jenis Keluarga	Kehadiran Ahli Setiap Sesi	Status Ahli										
		PSP	I	B	BS	AL	AP	SL	SP	IL	IP	
Keluarga Kecil	5	(1)	(1)	-	-	(1)	(2)	-	-	-	-	
Keluarga Besar	8 - 10	(1)	(1)	(1)	-	(2)	(4)	-	-	-	(1)	
Keluarga Dua Ibu	5 - 8	(1)	(1)	-	-	(4)	(1)	-	-	(1)	-	
Keluarga Tambahan	5 - 14	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(1)	(3)	(1)	(1)	(2)	
Jumlah:		23 – 37	4	4	2	1	9	8	3	1	2	3

Petunjuk (Status Ahli): (B) - Bapa Ibu; (I)– Ibu; (BS) - Bapa saudara; (IS) - Ibu Saudara; (A) - Abang;

(AS) - Abang Saudara; (KS)– Kakak Saudara; (AL)- Adik Lelaki; (AP)- Adik Perempuan;

(SL) - Sepupu Lelaki; (SP) - Sepupu Perempuan; (SP) -Sepupu Lelaki; (IL) - Ipar Lelaki

#### ***Jadual 4.3: Taburan Ahli Kelompok Mengikut Status Dalam Keluarga***

Jadual 4.3 di atas ini menunjukkan Keluarga Kecil lima orang ahli seorang ibu, dua orang anak lelaki (termasuk PSP) dan dua orang anak perempuan. Daripada segi susunan kedudukan (*constellation*) dalam keluarga PSP bagi Keluarga Kecil adalah anak lelaki kedua. Keluarga Besar mengandungi 11 orang ahli – seorang bapa, seorang ibu, tiga orang anak lelaki (termasuk PSP sebagai anak sulung), lima orang anak perempuan. Keluarga Dua Ibu mengandungi lapan orang ahli iaitu seorang ibu, lima orang anak lelaki (termasuk PSP) seorang anak perempuan dan seorang ipar lelaki. PSP merupakan anak ke enam atau anak lelaki bungsu (anak bungsu keluarga adalah seorang anak perempuan). Keluarga Tambahan sekurang-kurangnya tiga komponen ahli iaitu ahli keluarga asal atau keluarga sebenar, bapa saudara dengan anak-anaknya, dan sepupu

PSP dari ayah atau emak saudaranya yang lain. Keluarga sebenar PSP mengandungi seorang ayah, seorang ibu, tiga orang anak lelaki (PSP anak lelaki sulung) dan seorang anak perempuan. Keluarga bapa saudara PSP pula mengandungi seorang bapa, tiga orang sepupu lelaki, seorang sepupu perempuan, seorang ipar lelaki dan dua orang ipar perempuan. Jumlah keseluruhan ahli kelompok ialah 37 termasuk empat orang PSP.

Jadual 4.3 menunjukkan penglibatan PSP dan ahli keluarga yang menyeluruh merangkumi semua ahli keluarga sama ada daripada keluarga sebenar (*family-of-origin*) atau ahli daripada keluarga tambahan (*extended family*) seperti ibu serta bapa saudara, sepupu dan ipar. ***Kejayaan pembinaan kelompok intervensi / terapi dengan gabungan yang sedemikian menggambarkan sokongan yang kuat dan padu, serta kesediaan yang tinggi terhadap pembinaan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan ahli keluarga.***

<b>Keluarga</b>	<b>Umur</b>	<b>Lelaki</b>	<b>Perempuan</b>
Keluarga Kecil	21 – 50 tahun	2 orang	3 orang
Keluarga Besar	12– 48 tahun	4 orang	6 orang
Keluarga Dua Ibu	26 – 59 tahun	5 orang	2 orang
Keluarga Tambahan	20 – 61 tahun	10 orang	5 orang
Jumlah Keseluruhan Ahli = 37		21orang	16 orang

*Nota: Umur semasa rawatan CFT dijalankan (2009)*

***Jadual 4.4: Taburan Ahli Kelompok Mengikut Umur & Jantina***

Jadual 4.4 menunjukkan kelompok kajian yang berjaya dibentuk mengikut umur dan jantina. Kelompok-kelompok ini di label sebagai Keluarga Kecil, Keluarga Besar, Keluarga Dua Ibu (*blended family*) dan Keluarga Tambahan. Tiga keluarga yang pertama merupakan keluarga nuklear, manakala keluarga ke empat merupakan Keluarga Tambahan (*extended family*) yang mengandungi bapa saudara, sepupu dan ipar selain daripada ahli keluarga asal.

Keluarga mempunyai ahli paling tua iaitu bapa saudara PSP (abang kepada bapanya) yang berumur 61 tahun dan ikuti oleh bapanya yang berusia 60 tahun, manakala ibu bagi keluarga ini berusia 58 tahun. Ahli termuda ialah dari Keluarga besar iaitu anak bungsu keluarga tersebut yang berusia 12 tahun. Keluarga yang mempunyai jumlah ahli yang tua paling ramai ialah Keluarga Dua Ibu iaitu ibu 59 dan anak bungsu 26 tahun. Maklumat mengenai umur subjek kajian diperolehi semasa sesi terapi dijalankan.

Secara pemerhatian, dalam sesi-sesi pertemuan awal dengan ahli keluarga PSP, termasuk pra-sesi, sesi psikopendidikan dan melalui sesi soal jawab, pengkaji mendapati adanya kesungguhan di pihak keluarga untuk membina pakatan terapeutik bagi mencapai matlamat yang ditetapkan iaitu membantu PSP mengekang relaps. Kesungguhan ini juga mencerminkan kepercayaan yang diberikan oleh subjek kajian kepada ahli terapi dan pendekatan rawatan yang dikemukakan (CFT) yang meletakkan pakatan terapeutik sebagai pra-syarat.

Tindakan pengkaji untuk tidak mengemukakan persetujuan termaklum secara bertulis, sebaliknya sekadar membincangkannya secara lisan, didapati telah diterima secara total. Ini merupakan bukti kesediaan mereka untuk melibatkan diri mereka dengan rawatan yang tinggi. Kepercayaan yang tulus yang diberikan kepada pengkaji (agen rawatan) juga merupakan satu lagi kelaziman atau nilai yang berpegang kepada penjanjian lisan seperti, ‘Kata dikota dan janji ditepati’ dan ‘Kerbau dipegang pada talinya, manusia dipegang pada janjinya’, (perumpamaan Melayu). Seterusnya diperkukuhkan lagi dengan lafaz oleh ahli keluarga mengenai rasa berterima kasih dan bersyukur atas peluang yang diberikan kepada mereka untuk turut berperanan membantu orang-orang yang mereka sayangi. Sebagai contoh, ibu kepada PSP-K berkata, ” Saya bersyukur sangat kepada Allah kerana diberi peluang duduk dalam kelompok ini bincang maca mana nak bagi K berhenti menagih. . . .” (Sesi 1 CFT, Kelompok Dua Ibu). *Kelaziman budaya Melayu yang dijadikan bukti kualitatif ternyata mempengaruhi kesediaan dan keputusan subjek kajian untuk membina pakatan terapeutik keluarga dengan matlamat akhirnya untuk membantu PSP mengekang relaps.*

**(ii) Kejayaan Menamatkan Rawatan CFT**

Komitmen PSP dan keluarga mereka untuk bekerjasama membantu saudara mereka meninggalkan masalah dadah adalah tinggi. Hakikat bahawa sebahagian besar daripada mereka tidak tinggal di bawah satu bumbung (sebuah rumah) atau satu tempat yang sama, mempunyai keluarga masing-masing, selain daripada keluarga asal (*family of origin*) yang mana PSP adalah salah seorang ahlinya, lain-lain peranan dan

tanggungjawab sosial seperti sebagai pelajar, pekerja, dan pemimpin masyarakat, tidak menghalang mereka untuk datang berhimpun setiap minggu menjalani terapi.

Setiap sesi CFT akan mengambil masa antara 90 hingga 120 minit dan dijalankan setiap minggu pada hari Sabtu, Ahad atau hari-hari cuti awam. Jumlah sesi yang agak banyak (lapan sesi) dan dalam tempoh tiga hingga empat bulan memberikan alasan yang kuat untuk dibuat kesimpulan bahawa semua *PSP dan ahli keluarga mereka mempunyai tahap kesediaan yang cukup tinggi untuk membolehkan mereka menghabiskan sesi CFT dengan jayanya.* Komitmen subjek kajian turut disaksikan oleh Timbalan Ketua Pengarah (Operasi) AADK yang hadir pada sesi yang menggabungkan semua kelompok kajian untuk acara pengkongsian dan penyampaian sijil penyertaan kepada semua kelompok kajian yang berjaya menamatkan sesi rawatan CFT.

Kesepakatan untuk memastikan kelompok keluarga masing-masing dapat di adakan pada satu-satu masa yang ditetapkan pengkaji sering mendengar perbincangan selepas tamat sesi antara ahli kelompok untuk mengenai kehadiran ahli pada sesi seterusnya. Sebagai contoh, seorang ahli telah dijadualkan untuk mengetuai rombongan untuk meminjau bagi pihak kawannya berkata, “Abang tak dapat datang minggu depan, tapi Abang harap engkau orang jangan tak datang pula.” Tanggungjawab sentiasa berpesan-pesan begitu telah melancarkan kesinambungan sesi terapi yang dijalankan. Ini juga merupakan bukti kualitatif tentang kesediaan subjek kajian membina pakatan terapeutik.

Tarikh	Keluarga	PSP	Hubungi/ Perjumpaan/ Perbincangan	Pra-Sesi & Psiko- pendidikan	Rawatan CFT
03/10/08 – 04/10/08	Semua keluarga	-	PAT hubungi melalui telefon dan kenalpasti keluarga yang berpotensi menyertai projek	√	-
06/11/08	K3		Perbincangan bersemuka di luar seting	√	-
08/11/08			Perbincangan bersemuka di luar seting	-	-
15/11/08	K2		Perbincangan bersemuka di dalam seting	√	-
17/11/08	K2 & K3		Perbincangan bersemuka di dalam seting	√	-
20/11/08	K3		Lawatan ke rumah keluarga	√	-
22/11/08	K1		Perbincangan bersemuka di luar seting	√	-
"	-	PSP- K2	-	√	-
"	-	PSP- K3	-	√	-
23/11/08	K2	-	-	√	-
06/12/08	K1	-	-	√	-
"	K2	-	-	-	S1
"	K4	-	Perbincangan bersemuka di dalam seting	√	-
08/12/08	K4		Lawatan ke rumah keluarga	√	-
13/12/08	K3	-	-	-	S1
14/12/08	-	PSP- K1	-	√	-
"	-	PSP- K4	-	√	-
20/12/08	K1	-	-	-	S1
03/01/09	K4	-	-	-	S1
28/02/09	K1	-	-	-	S8
01/03/09	K2	-	-	-	S8
07/03/09	K3	-	-	-	S8
05/04/09	K4	-	-	-	S8

*Petunjuk: (K1) - Keluarga Kecil; (K2) - Keluarga Besar; (K3) - Keluarga Dua Ibu;  
(K4) - Keluarga Tambahan; (S) – Sesi; (PSP) – Penagih Separa-Pulih*

**Jadual 4.5: Perlaksanaan Rawatan CFT**



Jadual 4.5 menunjukkan bahawa keempat-empat kelompok keluarga telah menamatkan kesemua 8 sesi CFT. Usaha menghubungi dan mengadakan perbincangan dengan ahli keluarga PSP bermula pada 3hb Oktober 2008 dan berakhir pada 6hb Disember 2008. Manakala pra-sesi dan kelompok psikopendidikan yang pertama dijalankan pada 20 November 2008 (K3) dan sesi terakhir pada 5hb April 2009. Jadual pelaksanaan sesi rawatan ini membuktikan bahawa objektif kedua tercapai – subjek kajian sedia membina pakatan dan telah berjaya menamatkan semua sesi rawatan.

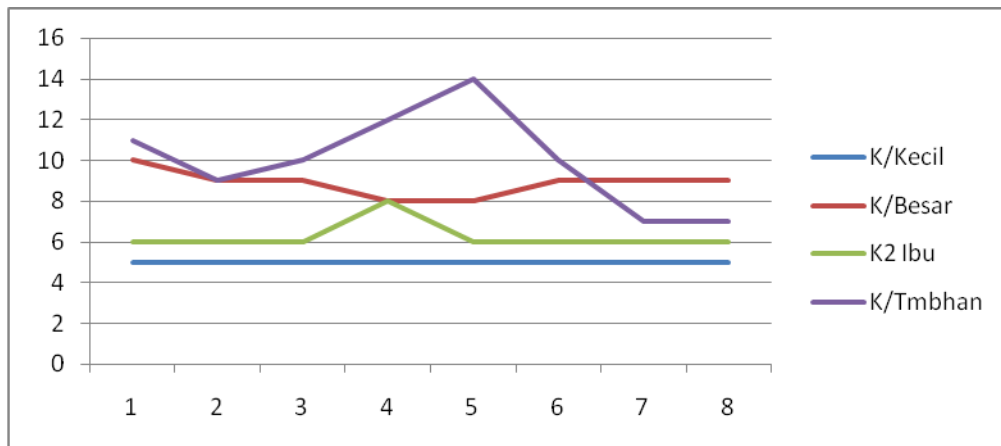
Sesi	PS1	PS2	PRA 1	PRA 2	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	JUM. SESI
K. Kecil	3	4	4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	12
K. Besar	5	6	10	1	10	9	9	8	8	9	9	9	12
K. Dua Ibu	2	3	5	1	6	6	6	8	6	6	6	6	12
K. Tambahan	2	3	9	1	11	9	10	12	14	10	7	7	12
Jumlah Kehadiran	12	16	28	4	32	29	30	33	33	30	27	27	48

*Petunjuk: (P1) Pertemuan 1; (P2) – Pertemuan 2; PRA1 – Pra-sesi Keluarga; PRA2 – Pra-Sesi PSP*

***Jadual 4.6: Jumlah Kehadiran Ahli Keluarga & PSP Mengikut Sesi***

Jadual 4.6 menunjukkan jumlah kehadiran ahli kelompok mengikut sesi yang dijalankan. Perubahan ahli paling ketara berlaku pada kelompok Keluarga Tambahan (*Extended family*). Pada sesi satu hingga sesi empat sebahagian besar ahli kelompok Keluarga Tambahan terdiri daripada bapa saudara dan sepupu PSP-M. Pada sesi lima hingga lapan ahli hanya ahli kelompok Keluarga Tambahan yang sebenar (ayah, ibu dan

adik-adik PSP-M) yang hadir. Kelompok Kecil merupakan kelompok yang berjaya mengekalkan jumlah ahli dan ahlinya yang sama hingga tamat rawatan. Keluarga besar bermula dengan sepuluh orang ahli pada sesi pertama dan berakhir dengan sembilan orang ahli. Keluarga Dua Ibu bermula dengan enam orang ahli dan berakhir dengan enam, tetapi terdapat tambahan dua orang ahli pada sesi ke empat. Keluarga Tambahan bermula dengan 11 - 14 orang ahli, dari dua keluarga, dua generasi pada sesi pertama hingga sesi kelima dan berakhir dengan tujuh orang ahli dari satu keluarga sahaja (keluarga nuklear). Walau bagaimana pun, pengkaji dapati peningkatan dan pengurangan ahli kelompok pada satu-satu masa tidak menjejaskan kualiti terapi. Ini disebabkan ketidakhadiran ahli lebih berpunca kepada komitmen mereka dengan lain-lain tugas di luar kelompok dan diperakui oleh ahli kelompok yang lain.



**Graf 4.2: Geraf Kehadiran Ahli Keluarga dan PSP Mengikut Sesi**

Graf 4.2 menunjukkan kehadiran PSP dan ahli keluarga mereka mengikut sesi CFT yang dijalankan. Kehadiran ahli kelompok yang tidak konsisten jelas menampakkan

adanya pelbagai komitmen ahlinya selain menghadiri kelompok sama ada yang melibatkan aktiviti individu, keluarga atau yang bersifat kemasyarakatan.

Kejayaan menghadirkan diri pada semua atau sebahagian sesi rawatan (tetapi turut berusaha menentukan semua sesi berjalan lancar) adalah merupakan satu lagi bukti terdapatnya kesediaan, sokongan dan komitmen yang tinggi dalam kalangan subjek kajian terhadap pembinaan, penerusan dan pengekalan pakatan terapeutik keluarga. Kejayaan ahli kelompok kajian bekerjasama sehingga berjaya menamatkan sesi rawatan adalah merupakan satu lagi bukti kualitatif yang jelas tentang wujudnya kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan ahli subjek kajian.

### **(iii) Kesimpulan Pencapaian Objektif 1**

Berdasarkan analisis perbincangan yang kritis, bukti-bukti kualitatif dan data deskriptif yang bersifat triangulasi di kemukakan di atas atas, pengkaji merumuskan bahawa kajian ini berjaya mengenalpasti terdapatnya kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik yang tinggi dalam kalangan PSP dan keluarga mereka untuk membantu PSP mengekang relaps. Kesediaan membina pakatan terapeutik juga didapati telah sedia wujud dalam kalangan PSP dan keluarga mereka hasil dari pendidikan agama dan mengamalkan nilai-nilai budaya kolektivisme khususnya kesetiaan kepada keluarga dan identiti keluarga.

#### **4.2.4 Objektif Kajian Kedua**

**Mengkaji potensi pengekalan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama 2 tahun ke atas keupayaan PSP mengekalkan kepulihan atau kefungsiian hidup.**

Bagi menghurai pencapaian objektif kajian kedua, analisis kritis dibuat ke atas maklumat dan maklumbalas yang diperoleh daripada pelbagai sumber seperti i) maklumbalas mengenai perkembangan subjek kajian dalam tempoh kritikal selama dua tahun yang diterima dalam bentuk sms, panggilan telefon dan perjumpaan bersemuka semasa lawatan ke rumah keluarga PSP, ii) data kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh daripada pengedaran IKPM.3 iii) petikan dialog daripada verbatim hasil temubual tidak formal, temubual berstruktur dengan PSP dan perbualan telefon digunakan.

#### 4.2.4.1 Bukti Kuantitatif

##### (i) Data Soal Selidik Susulan (IKMP.3)

Soal selidik (IKMP.3) diedar kepada semua subjek kajian secara langsung dan melalui kiriman pos. Data yang diperoleh dari soal selidik IKMP.3 berdasarkan jumlah soal selidik yang di terima semula adalah seperti berikut;

Kelompok Kajian	Kaedah Pengedaran Soal Selidik		Jum. Soal Selidik		Skala				Peratusan Persetujuan Mengekalkan Pakatan Terapeutik
	Secara Terus	Melalui Pos	Diedar	Diterima Semula	STS	TS	S	SS	
K. Besar	-	10	10	10	-	-	18.33	81.66	100%
K. Kecil	-	5	5	0	-	-	-	-	-
K. Dua Ibu	4	3	7	5	-	-	6.25	93.75	100%
K. Tambahan	4	3	7	4	-	-	8.33	91.66	100%

*Petunjuk: STS – Sangat Tidak Setuju; TS- Tidak Setuju; S – Setuju; SS - Sangat Setuju*

#### ***Jadual 4.8: Jumlah Soal Selidik Yang Diedar & Dikembalikan***

Jadual 4.8 menunjukkan 19 (65.51%) dari 29 set soalselidik yang diedar diterima balik daripada subjek kajian. Daripada jumlah yang diterima semula 100% subjek kajian memberi persetujuan untuk mengekalkan pakatan terapeutik. Keluarga kecil tidak memberi respons kepada IKMP.3. Walau bagaimana pun maklumat tentang Keluarga Kecil berjaya diperoleh secara kualitatif.

Pada keseluruhannya Rajah 4.8 menunjukkan trend skor 100% persetujuan bagi semua item yang diperoleh IKMP.1 dan IKMP.2 turut kekal pada ujian pasca-rawatan 2 menggunakan IKMP.3. Beberapa item IKMP.3 dimodifikasi bertujuan untuk menyesuaikan ayat dengan tempoh masa (2 tahun) tetapi masih mengekalkan tujuan asal

item berkenaan. Rajah 4.8 menunjukkan tren skor yang meningkat secara berterusan bagi 3 fasa penyelidikan.

#### **4.2.4.2 Bukti Kualitatif**

##### **(i) Perkembangan subjek kajian dalam tempoh kritikal selama dua tahun (April 2009- Mac 2011)**

Hasil daripada hubungan yang baik dengan PSP dan ahli keluarga mereka, sepanjang tempoh bertenang, pengkaji dan PAT terus menerima maklum balas mengenai perkembangan subjek kajian sama ada melalui panggilan telefon, sms atau secara lansung semasa kunjungan kami ke rumah keluarga subjek kajian untuk memenuhi undangan mereka. Pemberi maklumbalas yang aktif ialah ketua keluarga (bapa atau ibu) yang sama ada sangat teruja dengan perubahan dan perkembangan PSP atau yang masih mengharapkan bantuan pengkaji. Dalam kalangan PSP pula, PSP-K dari Keluarga Dua Ibu merupakan pemberi maklum balas yang paling aktif. Tiga orang PSP yang lain tidak pernah menghubungi pengkaji atau PAT setelah tamat sesi CFT. Daripada pengamatan kami (pengkaji dan PAT), PSP-K merupakan PSP yang mempunyai hubungan yang paling rapat dengan keluarganya (ibu dan abang serta adik perempuannya daripada satu ayah dan ibu) sebelum sesi CFT dan dengan kesemua ahli keluarganya (anak dari kedua-dua ibu) selepas sesi CFT. Faktor ini jugalah yang memudahkan beliau mengidentifikasi dengan pengkaji dan PAT yang berada pada peringkat usia yang hampir sama dengan ibu dan abang-abangnya daripada arwah ibu tirinya. Jadual 4.9 berikut ini adalah merupakan maklum balas dari PSP dan keluarga mereka mengenai perkembangan mereka sepanjang tempoh kritikal kepulihan selama dua tahun.

NO.	VERBATIM / MESEJ	SUMBER MAKLUMAT
1.	“Saya dan keluarga saya sangat terhutang budi dengan En Zall dan Puan Zainab. Saya rasa sangat bahagia kerana mendapat anak saya semula. Z sekarang sudah bekerja dengan adik dia. Dia sudah ada pendapatan sendiri.”	Bapa PSP-Z kirim SMS kepada PAT (4/12/2009)
2.	“Salam Pn Zainab. Apa khabar. Saya harap kita dapat sambung lagi sesi kaunseling kita. Kami sekeluarga dapat banyak manfaat dari sesi kaunseling itu.”	Ibu PSP-A kirim SMS kepada PAT (10/6/2009)
3.	“Hari itu saya dengar dia ‘lap’ sekejap, tapi sekarang dia dah ok. Dia kerja dengan studio adik dia di Langkawi.”	Maklumat diterima dari PSP-K melalui panggilan telefon (10/1/2010)
4.	“Tuan, saya ada hajat sikit. Emak minta saya wakil keluarga jemput tuan dan keluarga ke rumah saya pada . . . saya nak kahwin, tuan. Kami harap-harap sangat tuan dan puan datang. . .”	Undangan diterima oleh pengkaji dari PSP-K melalui telefon pada 6/6/2010
5.	“Abang M ok. Dia bekerja di Pulau Langkawi. Selalu juga dia telefon saya.	Dari perbualan telefon di antara PAT dengan Adik Perempuan PSP-M (4/7/2010)
6.	“Abangnya Si S (Abang PSP-M ketiga) ambil kursus tanam cendawan. Dia balik buat di bawah rumah, tu. Disuruhnya M jaga. M nampaknya ok . . . masa bulan puasa hari itu, dia pergi surau . . . habis solat terus pulang. Kalau dulu dia singgah lepak-lepak dengan kawan, tengah malam baru balik.”	Maklum balas diterima dari Ibu PSP-K semasa lawatan pengkaji dan PAT ke rumah Keluarga Dua Ibu semasa hari Raya Puasa 2009.
7.	“Keluarga nak juga tengok saya bersanding. Dia orang minta Emak buat sekali lagi. Hari tu kami buat untuk keluarga di kampung sahaja. Harap tuan dan puan datanglah kali ini”	Undangan diterima dari PSP-K melalui telefon.
8.	“Dia (PSP-Z) relaps balik puan.”	Ibu PSP-A kirim SMS kepada PAT dari pada 10/1/2010

9.	“Tuan, saya ada hajat sikit. Emak minta saya wakil keluarga jemput tuan dan keluarga ke rumah saya pada . . . saya nak kahwin, tuan. Kami harap-harap sangat tuan dan puan datang. . . .”	Undangan diterima oleh penulis melalui telefon (PSP-K, 6/6/2010).
10.	“En Zall sihat ke? Kirim salam pd Pn Zainab yer. Bila nak datang Perak? Sy dah rindu pd En. Zall dan Pn Zainab. Tanpa bantuan dr En Zal n Pn Zainab sy tak mungkin jd mcm skrg ni . . . mmg tak terbalas jasa baik En Zal n Pn terhadap sy. Hanya Allah sahaja yang mampu membalasnya . . .”	Maklumat diterima dari PSP-K melalui kiriman sms(25/4/2011).

***Jadual 4.9: Maklumbalas Melalui SMS/Telefon Yang Diterima Selepas Sesi Rawatan CFT (2009-2011)***

Dari senarai di atas terdapat (6) maklum balas yang diterima dari PSP-K dalam bentuk sms dan panggilan telefon, (1) dari Ibu PSP-A, (1) sms dari Bapa PSP-Z, (1) melalui perbualan telefon di antara PAT dengan Adik Perumpuan PSP-M, dan satu maklum balas yang di terima secara langsung (bersemuka) dari Ibu PSP-K. PSP-M dan PSP-Z menampakkan perubahan yang konsiten sejak dari peringkat awal setelah melalui sesi CFT. Ini kerana mereka tinggal bersama-sama keluarga. PSP-M setelah bebas dari PUSPEN, tinggal sebentar ke rumah keluarganya sebelum dia ke Pulau Langkawi untuk bekerja di sana. Maklumat tentang keupayaannya meninggalkan tabiat penagihan secara konsisten bagi tempoh (2) tahun tidak dapat dipantau sepenuhnya. PSP-A walau pun tinggal bersama keluarganya di Kuala Lumpur, namun aktiviti sehariannya adalah di atur mengikut kehendak dirinya sendiri. Beliau tidak dapat bergantung kepada ahli keluarganya kerana Ibunya bekerja dan agak sibuk dengan urusan harian, Abangnya



yang hampir sebaya dengannya dan kedua adik perempuannya tidak mampu mempengaruhi tingkah laku dalam menjalani aktiviti hariannya. Masalah terbesar bagi PSP-A ialah hubungan yang tegang dengan Bapanya yang telah bercerai dengan Ibunya tetapi masih mempunyai pengaruh yang kuat terhadap kehidupannya. Daripada perbincangan sesi kelompok yang dijalankan, Bapa PSP-A dilihat oleh semua ahli keluarga sebagai punca kepada pelbagai masalah di dalam keluarga mereka.

**(ii) Data Daripada Pemerhatian & Temubual**

Pada bulan April dan Mei 2011, operasi menjejaki PSP dan keluarga mereka dimulakan dengan melawat ke rumah keluarga PSP-M (Keluarga Tambahan) di Taiping dan keluarga PSP-K (Keluarga Dua Ibu) di Tapah, di Perak tanpa memberi notis tentang kehadiran pengkaji terlebih dahulu. Keluarga Besar dan Keluarga Kecil di Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur, sebelumnya tidak pernah diselidik dan PAT lawati, gagal di lawati sehinggalah tarikh terakhir penyelidik berada di Kuala Lumpur. Walau bagaimana pun, beberapa minggu selepas kepulangan kami ke Kota Kinabalu, kami berjaya menghubungi Bapa Keluarga Besar dan Ibu Keluarga Kecil melalui majikan dan bekas majikan mereka. Melalui kedua-dua ketua kelompok kajian ini, kami berjaya mendapatkan alamat rumah kedua-dua keluarga ini di samping nombor telefon ahli-ahli keluarga mereka yang lain. Disebabkan kekangan masa dan jarak Kota Kinabalu – Kuala Lumpur yang jauh, pengkaji mengambil keputusan untuk menghubungi mereka menggunakan telefon dan pos (menghantar borang soal selidik susulan; IKPM.3).

Untuk melihat perkembangan pakatan terapeutik antara PSP dan keluarga mereka, setelah melalui satu tempoh selama dua tahun, pengkaji menggunakan kaedah perbualan tidak formal dengan keluarga, temubual yang berstruktur dengan PSP dan Soal Selidik Susulan (IKMP.3). Perbualan tidak formal dengan keluarga bertujuan meninjau keadaan keluarga dan hubungan antara mereka. Temubual berstruktur dengan PSP untuk mendapat jawapan kepada empat persoalan utama iaitu i) Keadaan diri PSP sekarang, ii) Relaps/Penggunaan Semula Dadah iii) Hubungan dengan keluarga, dan iv) Perancangan masa hadapan. Manakala Soal Selidik Susulan mengandungi komponen item yang sama diubahsuai dengan mengekalkan tujuan asal penggunaannya, digunakan untuk melihat tahap pengekalan pakatan terapeutik.

### **(iii) Lawatan Ke Rumah Keluarga Tambahan**

Pada 1 April 2011 penyelidik dan PAT (Pembantu Ahli Terapi) mengunjungi ahli Keluarga Tambahan di rumah keluarga mereka di Taiping. Kami tiba ke rumah mereka jam 4.30 petang. Penyelidik dan PAT melawat Keluarga Tambahan dan berjaya berjumpa dengan PSP-M, bapa, ibu dan adik perempuannya. Di samping perbualan tidak formal dengan semua ahli keluarga, kami mengadakan temubual berstruktur dengan PSP-M, dan mengedarkan Soal Selidik Susulan (IKMP.3) kepada ahli Keluarga Tambahan yang ada.

**(iii)a. Temubual Tidak Berstruktur Dengan Keluarga Tambahan**

Berikut adalah petikan temubual tidak berstruktur pengkaji dan PAT dengan ahli Keluarga Besar semasa lawatan kami untuk meninjau perkembangan mereka.

---

---

PAT: Tak kenal kami lagi, kah?

Ibu PSP: Eh, Puan Zainab dan En Zall kah ni? (kami tersenyum) La . . . maaflah ya, saya tak *expect* langsung nak jumpa Puan Zainab dan En Zall. Lama betul tak jumpa . . . dah dua tahun lebih kot, nuuu. (Teruja) Eh, silalah masuk.

PAT: Tak apalah, kut. Dekat luar (beranda) ni pun tak pa, sejuk sikit kat sini. (Diam sejanak) M apa khabar?

Ibu PSP: Alhamdulillah, sihat. . . Nanti sat . . . Eh, dok dulu. Nanti saya panggil W, dia ada kat dapur . . . dia baru balik dari KL semalam. (Merendahkan suara) M (PSP) pun ada, dia balik sini awal bulan ni. Dia nampak ok, tapi tak taulah dulu di Langkawi dia kerja pub, lepas tu dok main musik pulak . . . I takut dia minum (alkohol). Eh, tak apalah, nu . . . duduk sat, I panggil W kat dapur tu.

---

(Sebentar kemudian Ibu PSP datang semula kepada kami. Ia diikuti rapat oleh Adik Perempuan PSP-M yang mendukung anak kecilnya. Pat bersalam-salam dan berbalas-balas ciuman dengan Adik Perempuan PSP-M.).

---

---

Adik Perempuan PSP-M: W nampak juga kereta Puan Zainab dua tiga kali dekat highway nak masuk ke sini sebelum ni, tapi Puan Zainab dan En Zall tak sampai pun kat sini.

---

Pengkaji Inilah kami datang selepas dua tahun kita buat kaunseling dulu, nak tengok macam mana hubungan keluarga dengan M (PSP). Sebelum ni, kalau kami rasa nak datang pun, kami tahan-tahan dululah.

---

Ibu PSP Iyalah, dulu saya ingat ada En Zall kata macam tu. (Kepada W) Hang telepon bapa dan M, suruh depa balik sat.

---

(Lebih kurang 10 kemudian PSP balik ke rumah menunggang motosikal. Ini diikuti oleh Bapanya lima minit kemudian. PSP dari segi penampilan, susuk tubuh (fizikal) dan cara dia berinteraksi jelas menunjukkan dia tidak mengambil dadah lagi.

---

PSP Saya dah berhenti. Mula-mula saya kerja pub di Langkawi hari itu, saya duk minum (alkohol) jugak, tapi tu kira macam social drink sajalah. Pasal saya dok main muzik, bila free . . . *customers* banyak juga Mat Saleh, jadi minum sikit-sikit tu biasalah. Mak bising-bising pasal minum . . . jadi saya pun berhenti kerja di pub tu, balik rumah nak cari kerjalah ni.

---

Ibu PSP: Iyalah, kalau dah berhenti (mengambil dadah) . . . berhentilah, buat apa nak minum pulak. Minum pun haram jugak! (Memandang Pengkaji) Saya tak boleh tak membebel kat dia . . . (mengerling sayang kepada PSP).

---

- 
- PSP: (Tersenyum kepada Ibunya) Tak apa Mak membebel, orang dah pandai dah. Kita dengar dulu apa yang Mak cakap, lepas tu kalau dah rasa dah penuh, saya tukar topiklah! (Ketawa) Cakap pasal tingkap kah, pasal reban ayam . . . .
- Ibu PSP: (Seolah-olah mengadu kepada Pengkaji dan PAT) Ha, bila saya cakap lama-lama sikit . . . dia mulalah tukar topik! (Kepada PSP) Pandai dia ni!
- PAT: Ada rancangan nak kahwinkan M, ni?
- Ibu PSP: (Bangga) Girl friend dia tu, Mat Salleh. Dia (PSP) telefon kat saya dari Langkawi, bagi girl friend dia cakap dengan saya . . . (tersengeh) susah juga nak faham dia punya loghat, (mengajuk cakap Mat Salleh) Sueh, sueh, sueh, sueh . . . British, dia dari England.
- PSP-M: (Tersipu-sipu) ‘Daklah Mak, dia tu kawan saja. . .
- 

***Jadual 4.9: Petikan Verbatim PAT Dengan Keluarga PSP-M***

Rumusan temubual berstruktur di atas menunjukkan hubungan Keluarga Tambahan adalah baik, ceria dan intim. PSP sudah boleh berinteraksi dengan bapanya dan ahli keluarga yang lain dengan baik. Rasa rendah diri sudah nampak berkurangan dan keluarganya nampak sangat mengambil berat tentang dirinya. Berikut adalah dapatan daripada temubual berstruktur, pemerhatian dan soal selidik susulan (IKMP.3). Temubual berstruktur pengkaji dan PAT dengan PSP-M adalah seperti **di Lampiran 6**.

**(iii)b. Rumusan Hasil Lawatan Ke Rumah Keluarga PSP-M**

Daripada maklumat yang diperolehi daripada temubual ini penyelidik dan PAT bersetuju dan berpuas hati bahawa seluruh ahli Keluarga Dua Ibu (termasuk PSP-M) mempunyai hubungan kekeluargaan yang akrab dan saling membantu pada tarikh temubual dijalankan (1 April 2011). Penyelidik dapati keluarga PSP-M lebih memahami dan menerimanya seadanya. Bapanya sudah boleh menerima hakikat dia bekerja di pub dan bermain muzik sebagai sebahagian kerjayanya. Malahan dari perbualan tidak formal kami dengan Keluarga Tambahan, penyelidik dapati bapa PSP-M juga kembali menganggotai kumpulan muzik yang memainkan lagu-lagu lama walau pun umurnya sudah melebihi 60 tahun. Ini secara tidak langsung member isyarat kepada PSP-M bahawa bapa sudah tidak lagi melarangnya bermain muzik. Ibu PSP-M juga menunjukkan penerimaan ke atas PSP-Z yang cukup baik. Walaupun dia masih suka “membebel” namun bebelannya sudah boleh diterima oleh PSP-Z sebagai tanda sayang dan mengambil berat terhadapnya. Seluruh keluarga nampak menghargai kehadirannya dalam keluarga dan kelebihan dalam bidang-bidang yang diminatinya seperti muzik dan seni lukis. Kenyataannya dua tahun yang lalu, pada pertemuan akhir semua ahli keluarga yang terlibat dalam penyelidikan ini di Persada (PUSPEN) Sg. Besi, Kuala Lumpur bahawa, *“Saya sekarang sudah dapat keluarga saya semula . . . saya lebih yakin saya boleh berhenti mengambil dadah kali ini . . . .”*, ternyata mempunyai asas yang cukup kuat untuk PSP-Z meninggalkan tabiat penagihannya.

**(iv) Lawatan Ke Rumah Keluarga Dua Ibu**

Lawatan ke rumah Keluarga Dua Ibu pada 1 dan 2 April 2011 berjaya menemukan kami dengan PSP-K, ibu (Ibu Kedua), Abang R dan adik perempuannya. Kami tiba di rumah Keluarga Dua Ibu sekitar jam 2.00 petang. Tiga orang abang PSP-K (anak ibu pertama) tidak berada di kampung ketika itu. Mereka masing-masing bekerja di Kuala Lumpur, Seremban dan Shah Alam. Penyelidik mendapatkan nombor ketiga-tiga abang PSP-K dari PSP-K untuk kami hubungi kemudiannya.

Dari pemerhatian kami, hubungan antara PSP-K dengan keluarganya berada pada tahap yang sangat baik. Kami disambut oleh PSP-K dan isterinya, Ibunya, Abang Ke 4 PSP-Z, isteri serta anak-anak mereka, Adik Perempuan (anak bungsu Keluarga Dua Ibu) dan suami serta anak mereka, pada 2 April 2011. Dari pemerhatian kami, hubungan antara PSP-K dengan keluarganya berada pada tahap yang sangat baik. Temubual tidak berstruktur dan tidak formal (bersemuka) dengan Keluarga Dua Ibu bermula sejurus kami sampai ke rumah keluarga mereka.

Berikut adalah petikan temubual tidak formal dengan keluarga dua ibu yang dilakukan semasa lawatan pengkaji dan PAT ke rumah Keluarga Dua Ibu.

---

Pengkaji: Makcik sekeluarga apa khabar?

Ibu PSP-K: Makcik bersyukur sangat, K dah selamat. Tambah lagi dia dah berkahwin dengan orang yang faham tentang keadaan dia. Budaknya (isteri PSP-K) baik. Dia kerja NGO . . . berkenaan sakit-sakit dadah, macam sakit kena (Hipertatis C). Diorang jumpa masa K bekerja dengan hospital. (Tersenyum puas) Sekarang K tinggal di rumah isterinya, tapi tiap-tiap minggu dia balik tengok makcik di sini.

Rasa bersyukur Keluarga Dua Ibu dapat diterjemahkan dari dialog berikut;

Ibu PSP-K Makcik ada cakap pada K, dia dah baik sekarang . . . tapi dia tak boleh baik seorang saja. Dia kena bantu kawan-kawan yang lain untuk baik. Makcik boleh bagi sekeping tanah buat pusat untuk orang-orang yang nak berhenti menagih dadah. Tapi makcik tak ada duit. . . K dengan isteri dia boleh bantu jaga pusat tu. . .

Isteri PSP-K` Saya memang bersedia nak bantu kerja-kerja macam itu . . .

Abang Ke 4  
PSP-K: Saya pun nak ucap ribuan terima kasih kerana Encik Zall bagi kami peluang sertai program rawatan tempoh hari. Nanti kalau ada program lanjutan macam itu, ambillah kami sekali lagi . . . kita manusia ni kena selalu diperingati, kita cepat lupa.

---

***Jadual 4.11: Petikan Verbatim Pengkaji Dengan Keluarga PSP-K***



*Nota: Petikan Temubual Berstruktur Pengkaji dan PAT dengan PSP-K adalah seperti Lampiran 7.*

**(iv)a. Rumusan Hasil Lawatan Ke Rumah Keluarga Dua Ibu**

Dari maklumat yang diperolehi dari temubual ini kami (pengkaji dan PAT bersetuju dan berpuas hati bahawa seluruh ahli Keluarga Dua Ibu (termasuk PSP-K) mempunyai hubungan kekeluargaan yang akrab dan saling membantu pada tarikh temubual dijalankan (2 April 2011). Keluarga Dua Ibu merupakan keluarga tradisional yang sangat menekankan nilai-nilai kekeluargaan. Apabila ketengangan dan konflik antara ibu kedua (ibu tiri) diselesaikan melalui penglibatan semua ahli keluarga ini dalam terapi modul CFT, hubungan silaturahim antara ahli keluarga dapat dimanfaatkan membentuk pakatan terapeutik antara mereka. Pengekalan pakatan terapeutik jelas membantu PSP-K mendapatkan semula perhatian dan sokongan abang-abang (dari ibu yang pertama) untuk terus membersihkan maruah keluarga kesan dari penglibatannya dengan penyalahgunaan dadah. Keupayaannya menjadi lebih mantap setelah ia berkahwin dengan seorang wanita yang sememangnya terlibat secara langsung dalam bidang pemulihan dadah dan penyakit-penyakit yang berpunca dari tingkahlaku penyalahgunaan dadah. Fakta-fakta yang dibincangkan disini yang bermula dengan wujudnya pakatan terapeutik antara PSP-K dengan keluarganya, telah membantu PSP-K mengekalkan kehidupan tanpa dadahnya melebihi dua tahun sekarang.

**(v) Maklumat Dari Perbualan Telefon**

Lazim antara faktor yang menjadi punca kepada kaedah panggilan telefon digunakan ialah tiada alamat subjek kajian yang terkini, jarak tempat kediaman subjek kajian yang jauh, kesuntukan masa, kesukaran untuk membuat temujanji dengan subjek kajian, dan keengganan subjek kajian berjumpa dengan pengkaji sama ada disebabkan gagal berubah atau atas sebab-sebab tertentu. Dalam kajian ini, kaedah panggilan telefon digunakan untuk menghubungi Keluarga Besar dan Keluarga Kecil.

**(v)a. Laporan Perbualan Telefon Dengan Ahli Keluarga Besar**

Pengkaji tidak dapat untuk membuat lawatan ke rumah Keluarga Besar kerana tiada alamat terkini. Setelah membuat beberapa kali panggilan ke tempat kerja bapa PSP-Z di Pejabat Radio dan TV Malaysia, pengkaji berjaya mendapat alamatnya. Pengkaji juga diberi tahu bahawa CP kepada Keluarga Besar sudah bersara dan sekarang bekerja dengan anak-anaknya (PSP-Z dan adiknya). Setelah menghubungi CP Keluarga Besar, pengkaji berjaya mendapat nombor telefon PSP-Z dan beberapa orang ahli keluarganya. Daripada beberapa perbualan telefon pengkaji berjaya mengumpul maklumat yang diperlukan untuk menghurai persoalan kajian mengenai pengekalan pakatan terapeutik dan situasi relaps PSP-Z, terjawab. Berikut adalah verbatim Pengkaji dengan ahli Keluarga Besar /PSP-Z.

- 
1. PSP-Z (Keluarga Besar) Saya berjanji tidak akan mengulangi tabiat buruk ini. Insyaallah saya amat berterima kasih kepada pihak tuan dan puan yang berusaha memulihkan saya melalui program pakatan terapeutik ini (Lampiran C1).
  2. Bapa PSP-Z (Keluarga Besar) Alhamdulillah saya amat amat bersyukur kepada Allah S.W.T kerana dengan pertolongannya Z telah pulih daripada tabiat menagih dadah, Diharap Z tidak akan kembali kepada tabiat menagih dadah untuk selama-lamanya. Semoga tabiat merokok pun dihentikan dengan seberapa segera . . . Saya mengucapkan ribuan terima kasih kepada En Zall Kepli Md Rejab dan isteri Pn Zainab atas segala usaha untuk menjayakan program pakatan terapeutik ini. Semoga tuan akan teruskan usaha yang suci ini. . . (Lampiran C2).
  3. Emak PSP-Z (Keluarga Besar) Semoga perubahan Z kekal sampai bila-bila. Sesungguhnya kami sekeluarga sangat menyanyanginya. Terima kasih kepada pihak tuan dan puan yang telah berusaha membantu kami sekeluarga (Lampiran C3).
  4. Adik PSP-Z (Keluarga Besar) Alhamdulillah, abang saya sudah pulih daripada penagihan dadah. Sebagai seorang adik saya sentiasa mendoakannya (Lampiran C4).
  5. Adik PSP-Z (Keluarga Besar) Semoga perubahan abang saya kekal selamanya (Lampiran C5).

6. Adik PSP-Z (Keluarga Besar) Alhamdulillah berkat usaha ramai pihak terutamanya dari pihak tuan, usaha untuk memulihkan abang saya semakin memperolehi hasil yang positif (Lampiran C6).
7. Adik PSP-Z (Keluarga Besar) Alhamdulillah abang saya sudah pulih sepenuhnya. Saya berterima kasih kepada pihak tuan (Lampiran C7).
- 
- 

***Jadual 4.11: Petikan Verbatim Pengkaji Dengan Keluarga PSP-Z***

*Nota: Petikan Temubual Berstruktur melalui telefon Pengkaji dan PAT Dengan PSP-Z adalah seperti **Lampiran 8**.*

**(v)b. Rumusan Hasil Perbualan Telefon Dengan Ahli Keluarga Besar**

Dari maklumat yang diperolehi dari temubual ini kami (pengkaji dan PAT bersetuju dan berpuas hati bahawa seluruh ahli Keluarga Dua Ibu (termasuk PSP-Z) mempunyai hubungan kekeluargaan yang akrab dan saling membantu pada tarikh temubual dijalankan (4 April 2011). Komen bapa, ibu serta dua orang adiknya mengenai hubungan mereka dengan PSP-Z, adalah berbeza dan sangat positif daripada semasa permulaan sesi CFT lebih 2 tahun yang lalu. Kejayaan PSP-Z juga lebih didorong oleh sokongan seluruh keluarganya, walau pun adik lelakinya (anak lelaki Keluarga Besar yang kedua) bertanggungjawab mengambil PSP-Z bekerja dan membimbingnya sehingga PSP-Z berjaya dalam bidang kerjaya yang diceburinya. Sebagai kesimpulan, kejayaan Keluarga Besar mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh selama 2 tahun memberi kesan secara langsung kepada keupayaan PSP-Z menghindarkan dirinya daripada relaps atau penggunaan semula dadah. Ciri-ciri kepimpinan yang secara semulajadi dimiliki oleh PSP-Z memudahkan menerima semula kedudukannya sebagai anak sulung kepada ibu bapa dan adik-adiknya, dan seterusnya menempah kejayaan dalam bidang kerjayanya.

**(vi) Perbualan Telefon Dengan Ahli Kelompok Keluarga Kecil**

Dari siatan dan maklumat yang diperolehi, di akhir tempoh 2 tahun dari tempoh menamatkan rawatan CFT, Keluarga Kecil merupakan satu-satunya kelompok yang mempunyai masalah mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan ahli-ahlinya. Walau bagaimana pun, masalah bukan berpunca dalam kalangan ahli kelompok yang menjalani CFT tetapi melibatkan ahli Keluarga Kecil yang signifikan (bapa) tetapi tidak menjadi ahli kelompok CFT. Ini kerana semasa rawatan dijalankan, bapa anak-anak daripada Keluarga Kecil telah bercerai dengan Ibu mereka. Bapa adalah individu yang sering disebut-sebut dalam sesi CFT sebagai individu yang menjadi punca kepada masalah dalam keluarga, sama ada dalam hubungan anak-bapa atau ibu-bapa. Malahan kemungkinan Keluarga Kecil akan kembali menghadapi masalah apabila mereka berinteraksi semula dengan bapa mereka atau bekas suami ibu mereka telah di timbulkan oleh ahli kelompok Keluarga Kecil dalam rawatan yang dijalankan.

**(vi)a. Rumusan Hasil Perbualan Telefon Dengan Keluarga Kelompok Kecil**

Di sini kesimpulan dapat dibuat bahawa keluarga ini mempunyai masalah untuk mengekalkan pakatan terapeutik disebabkan pertama wujud rasa permusuhan antara ibu dan bapa mereka yang juga merupakan punca penceraian mereka, dan kedua, Bapa PSP-A tidak terlibat dengan rawatan terapi CFT yang dijalankan. Keluarga ini secara psikologi terbahagi kepada dua iaitu anak-anak yang mengekalkan hubungan baik dengan ibu dan bapa (abang PSP-A dan dua adik perempuannya) dan satu pihak lain ialah Ibu yang telah bercerai dengan bapanya dan PSP-A yang mempunyai hubungan yang sentiasa tegang dengan bapa. Keperluan anak-anak untuk duduk dan perbincangan

secara langsung dan jujur dengan bapa mereka sebagai satu keluarga terhalang disebabkan permusuhan ini. Sebaliknya, Ibu, PSP-A dan Bapa masing-masing sentiasa mencari alasan untuk menyalahkan antara satu dengan yang lain.

Menurut PSP-A, dia 'ok' dan telah bertukar daripada rawatan yang menekankan "*a total drug free*" (pendekatan rawatan CFT) kepada pendekatan rawatan *methadone maintenance* (MMT) setahun setelah menjalani rawatan CFT. Perkara pokok yang diperoleh daripada temubual yang dijalankan dapat dikaitkan secara langsung dengan perubahan rawatan PSP-A iaitu maklumat hubungannya yang semakin tegang dengan Bapanya. Menurut Adik Bongsu, PSP-A 'bergaduh' dengan Bapa mereka (isu pergaduhan 'hampir bertumbuk' dengan Bapanya pernah ditimbul dalam sesi CFGT yang dijalankan dua tahun sebelumnya), Ibu mengatakan dia dan ahli keluarga yang lain sekarang ini sibuk dengan hal masing-masing dan tidak dapat memberi perhatian kepada PSP-A walaupun Ibu tahu bahawa "A jatuh teruk dan telah mula mencampurkan *ice (shabu)* dengan metadon". Dalam perbualan dengan PSP-K (Keluarga Dua Ibu) pada 1 Mei 2011, pengkaji diberitahu bahawa PSP-A ada menghantar sms kepada PSP-K yang mengatakan dia mahu membunuh diri. Kenyataan PSP-K telah diperakui oleh isterinya yang juga turut membaca sms tersebut.

Kegagalan PSP-A mengekang relaps secara langsung boleh dikaitkan dengan hubungan tegang ('bergaduh') dengan bapanya dan kegagalan keluarganya (Keluarga Kecil) untuk mengekalkan pakatan terapeutik yang telah dibina dua tahun sebelumnya. Kegagalan mengekalkan pakatan terapeutik pula boleh dikaitkan dengan ketiadaan Bapa PSP-A di

dalam pakatan yang dibina. Penafian Ibu yang berterusan terhadap keperluan anak-anaknya kepada kehadiran Bapa di dalam keluarga mereka turut menjadi penghalang kepada usaha memperbaiki hubungan sesama ahli keluarga.

**(vii) Kesimpulan Kajian Bagi Objektif Kedua**

Daripada bukti-bukti kualitatif di atas pengkaji menyimpulkan bahawa keupayaan tiga daripada orang PSP (PSP-K, PSP-M dan PSP-Z) mengekang relaps selama dua tahun adalah seiring dengan keupayaan mereka dan keluarga mereka mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan mereka. Sebaliknya, PSP-A gagal mengekang relaps seiring dengan kegagalan beliau dan keluarganya (Keluarga Kecil) mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan mereka. Punca kegagalan kelompok kajian Keluarga Kecil bukan disebabkan oleh kegagalan hubungan sesama ahli kelompok kajian tetapi disebabkan oleh hubungan PSP-A dan ibunya dengan bapa PSP-A atau bekas suami ibunya. Isu ini telah dijangka oleh PSP-A semasa sesi rawatan dijalankan kerana bapanya bukan ahli kelompok CFT mereka. Dalam satu sesi beliau mengatakan *“Banyak masalah boleh diatasi kalau bapa ada di sini menjalani sesi terapi dengan kita . . . dialah yang menjadi punca masalah keluarga sekarang”* (PSP-A, sesi 7 CFT).

Cabaran paling besar kepada kestabilan keharmonian keluarga ialah untuk menangkis pengaruh bapanya yang boleh memecah belah kejelekitan hubungan keluarga mereka.

Bagi mengelakkan masalah seperti ini pada masa hadapan adalah lebih baik keputusan membentuk kelompok terapi keluarga perlu mengambilkira penglibatan semua ahli keluarga yang signifikan dan berpengaruh seperti “bapa” kepada PSP-A.



Keputusan yang mengatakan PSP-A gagal mengekang relaps adalah berlandaskan pendekatan kajian. Dalam kajian ini, kejayaan mengekang relaps bermaksud kehidupan tanpa dadah secara total atau “*a total drug free approach*” . Dengan itu, berdasarkan pendekatan kajian ini keputusan PSP-A memasuki program rawatan *Methadone Maintenance* adalah dianggap sebagai tindakan relaps. Mengambil isyarat daripada kesimpulan di atas, kegagalan PSP-A mengekang relaps adalah juga seiring dengan kegagalan beliau dan keluarga beliau mengekalkan pakatan terapeutik dalam keluarga mereka berpunca dari konflik mereka dengan ‘Bapa’ (*significant others*) yang berada di luar pakatan terapeutik tersebut.

Sebagai kesimpulan, hasil daripada rumusan bukti-bukti di atas adalah didapati bahawa keupayaan PSP dan keluarga mereka mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama dua tahun memberi kesan ke atas PSP untuk mengekalkan kepulihan atau kefungsiian hidup. Tiga orang PSP dari empat orang PSP (75%) berjaya mengekalkan pakatan terapeutik juga berjaya mengekang relaps.

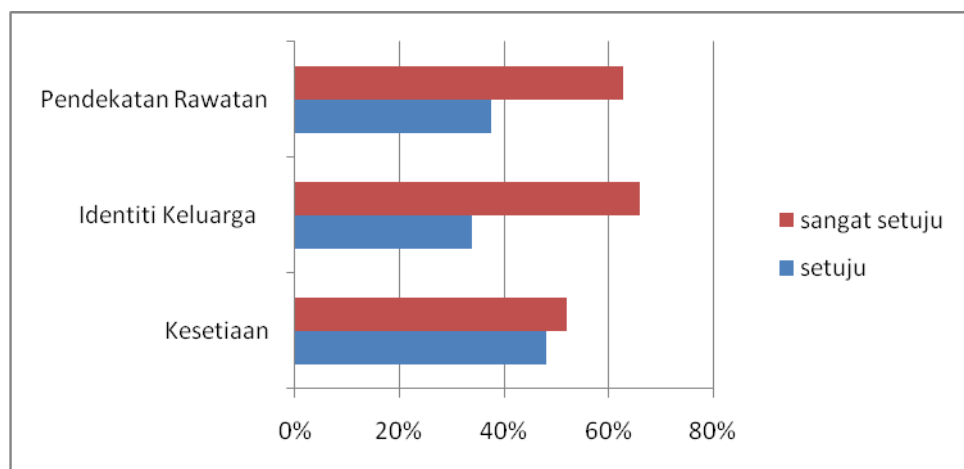
#### 4.2.5 Objektif Kajian Ketiga

Untuk mengenal pasti faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka.

Untuk menghuraikan persoalan di atas, pengkaji menggunakan analisis peratusan ke atas data kuantitatif dari IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 dengan membandingkan skor bagi ketiga-tiga faktor (kesetiaan, identiti keluarga dan persepsi pendekatan rawatan) dalam bentuk peratusan. Oleh kerana kesemua skor yang diperoleh berlegar di antara ‘setuju’ dan ‘sangat setuju’, pengkaji menggunakan level skor tertinggi iaitu ‘sangat setuju’ sebagai kayu pengukur untuk melihat kekuatan sesuatu faktor.

##### 4.2.5.1 Faktor Petunjuk Membina Pakatan Terapeutik (IKMP.1)

Carta 4.1 berikut menunjukkan skor ‘setuju’ dan ‘sangat setuju’ bagi tiga komponen IKMP.1. Carta ini digunakan untuk menghurai persoalan mengenai faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan membina pakatan terapeutik.



*Carta: 4.1: Keputusan ‘Setuju’ & ‘Sangat Setuju’ Tiga Komponen IKMP.1*

Secara perbandingan peratusan, keputusan IKMP.1 (Carta 4.1) menunjukkan kesediaan subjek kajian membina pakatan terapeutik lebih didorong oleh kecenderungan mereka mengidentifikasi diri mereka dengan keluarga berbanding dengan kesetiaan mereka terhadap keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan. Skor 'sangat setuju' komponen Identiti Keluarga (66.11%) adalah lebih tinggi daripada peratusan skor 'sangat setuju' komponen kesetiaan kepada keluarga (52%). Dengan lain perkataan, kecenderungan untuk dilihat sebagai sebahagian dari ahli keluarga yang turut membantu PSP secara kolektif adalah penting bagi subjek kajian. Ini turut disokong oleh skor 'sangat setuju' paling tinggi yang diperoleh item nombor lima (82.25%) iaitu *"Kejayaan \_\_\_\_\_ saya meninggalkan tabiat menagih dadah adalah juga merupakan kejayaan seluruh ahli keluarga saya."* Skor 'sangat setuju' yang tinggi bagi item ini menunjukkan kecenderungan subjek kajian yang mengamalkan budaya kolektivisme mengidentifikasikan kejayaan yang akan mereka capai dengan kejayaan keluarga.

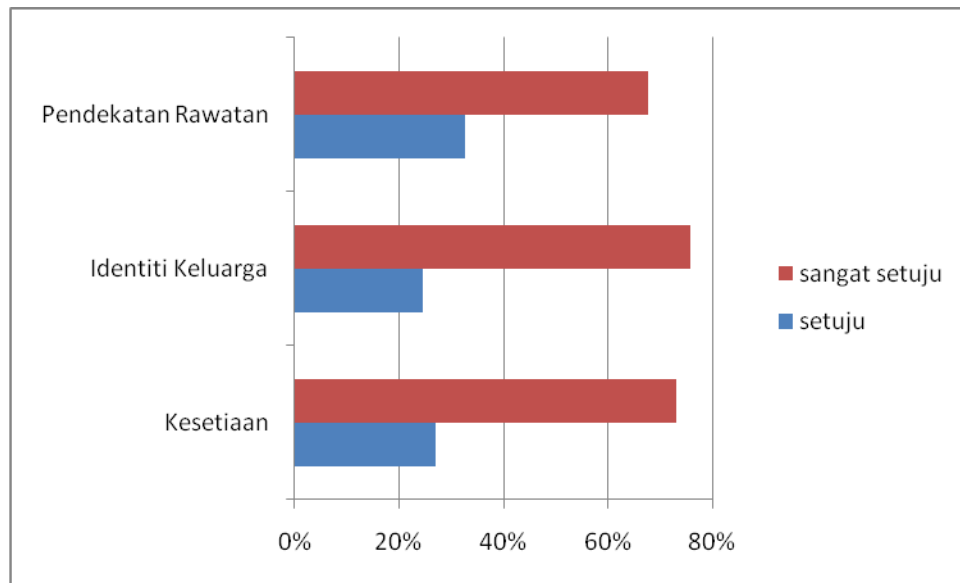
#### **4.2.5.2 Faktor Petunjuk Meneruskan Pakatan Terapeutik (IKMP.2)**

IKMP.2 yang diedarkan sebaik sahaja tamat sesi rawatan yang ke 8. Tujuan utama prosedur ini bukan bertujuan untuk membandingkan keputusannya dengan keputusan IKMP.1. Ini kerana pertama, kajian ini tidak mempunyai jumlah subjek kajian yang mencukupi. Kedua, pengkaji tidak berminat untuk melihat sama ada kesediaan membina pakatan terapeutik semakin meningkat atau sebaliknya. Tujuan menganalisis keputusan IKMP.2 ialah semata-mata untuk melihat kesediaan PSP dan ahli keluarga meneruskan pakatan terapeutik setelah PSP bebas dari PUSPEN. Walau bagaimana pun, perbandingan secara peratusan ketiga-tiga komponen IKMP.2 (kesetiaan, identiti

sosial dan pendekatan rawatan) menunjukkan terdapat perubahan yang ketara berbanding dengan IKMP.1.

Pengaruh nilai budaya kolektivisme yang sedia ada dalam kehidupan subjek kajian sebelum menjalani rawatan telah diperkasakan oleh nilai-nilai yang dibawa oleh CFT seperti keterbukaan, penerimaan tanpa syarat, empati dan multibudaya menjadikan hubungan PSP dan keluarga mereka lebih rapat dan mesra. Sekiranya terdapat peningkatan kecenderungan minat subjek kajian terhadap penggunaan pendekatan CFT, peningkatan tersebut boleh diatributkan kepada penerapan nilai-nilai positif yang disuntik melalui pendekatan CFT bagi memperkasakan lagi nilai-nilai kolektivisme subjek kajian yang sedia ada.

Carta 4.2 berikut ini menunjukkan skor 'setuju' dan 'sangat setuju' bagi tiga komponen IKMP.2 untuk menghurai faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan meneruskan pakatan terapeutik.



**Carta: 4.2: Keputusan 'Setuju' & 'Sangat Setuju' Bagi 3 Komponen IKMP.2**

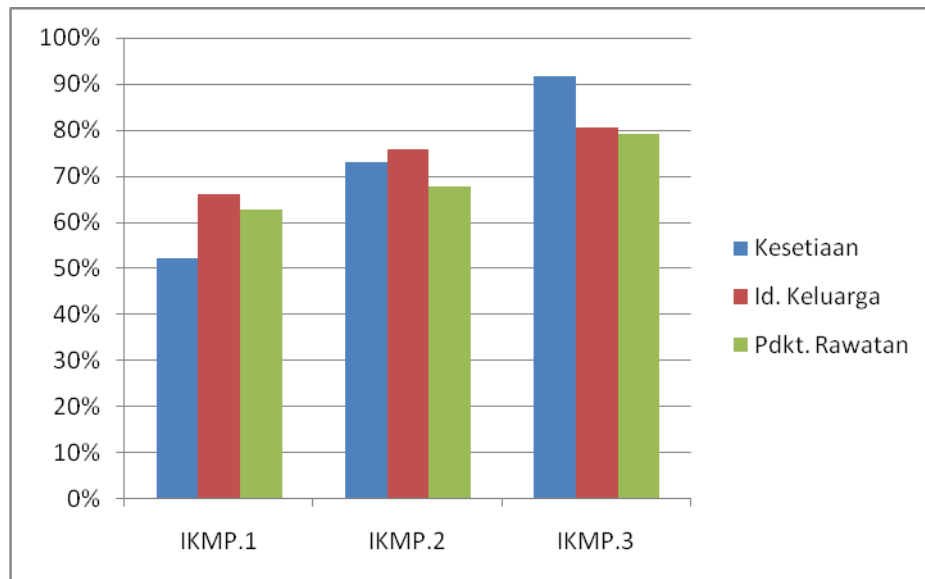
Carta 4.2 menunjukkan keputusan bagi tiga komponen IKMP.2. Bagi komponen Kesetiaan kepada keluarga, skor yang diperoleh ialah 'setuju' 27% dan 'sangat setuju' 73%, komponen Identiti Keluarga mendapat skor 'sangat setuju' 24.35% dan 'sangat setuju' 75.63%, manakala komponen Pendekatan Rawatan pula mendapat 32.58% 'setuju' dan 'sangat setuju' 67.55%. Dalam Carta 4.2 di atas kedua-dua komponen identiti sosial dan kesetiaan meningkat mengatasi peratusan 'sangat setuju' diperoleh dalam ujian IKMP.1. Komponen kesetiaan (52% meningkat ke 73%) dan identiti keluarga (66.11% meningkat kepada 75.63%). Namun demikian, komponen identiti keluarga masih mengatasi kesetiaan kepada keluarga dan pendekatan rawatan walaupun

faktor kesetiaan mengalami peningkatan peratusan yang terbesar (21% berbanding dengan 9.52%). Daripada segi peratusan, ini boleh disimpulkan sebagai terdapat kesan CFT yang positif ke atas identiti keluarga dan kesetiaan terhadap keluarga subjek kajian.

Sebagai kesimpulan, dari dapatan di atas, indentiti keluarga secara konsisten menjadi petunjuk kepada kesediaan membina pakatan terapeutik (IKMP.1) dan kesediaan meneruskan pakatan terapeutik (IKMP.2).

#### 4.2.5.3 Faktor Petunjuk Mengekalkan Pakatan Terapeutik (IKMP.3)

Untuk melihat faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik, data yang diperoleh daripada soal selidik susulan (IKMP.3) dianalisis. Graf 4.3 di bawah ini membandingkan skor 'sangat setuju' bagi ketiga-tiga komponen (identiti keluarga, kesetiaan dan pendekatan rawatan) IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3.



	Kesetiaan	Identiti Keluarga	Pendekatan Rawatan
IKMP.1	52%	66.11%	62.75%
IKMP.2	73%,	75.63%	67.55%.
IKMP.3	91.67	80.56%	79.17%

*Carta: 4.3:Perbandingan Peratusan Skor 'Sangat Setuju'*

*IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3*

Carta 4.3 di atas menunjukkan peratusan skor 'sangat setuju' yang meningkat bagi semua komponen pakatan terapeutik IKMP.3 berbanding dengan IKMP.1 dan IKMP.2. Skor 'sangat setuju' bagi kesetiaan kepada keluarga ialah 91.67%, Identiti Keluarga mendapat skor 'sangat setuju' 80.56%, dan persepsi terhadap Pendekatan Rawatan mendapat skor 'sangat setuju' 79.1%. Dalam hal ini, petunjuk kepada keupayaan atau kejayaan mengekalkan pakatan terapeutik ialah faktor kesetiaan atau kesetiaan kepada keluarga.

#### **4.2.5.4 Petunjuk Kepada Kesediaan Membina, Meneruskan dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik**

Sebagai kesimpulan, dari dapatan di atas, *identiti keluarga secara konsisten merupakan petunjuk kepada kesediaan membina pakatan terapeutik (IKMP.1) dan kesediaan meneruskan pakatan terapeutik (IKMP.2)*. Manakala *kesetiaan adalah merupakan petunjuk kepada keupayaan atau kejayaan mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh dua tahun*. Dengan lain perkataan, bagi jangka masa yang pendek, untuk membina dan meneruskan pakatan terapeutik antara PSP dengan keluarga mereka, individu hanya perlu memiliki identiti keluarga. Sebaliknya, bagi mengekalkan pakatan terapeutik dalam keluarga bagi satu tempoh masa yang panjang, identiti keluarga sahaja tidak mencukupi, individu perlu memiliki tahap kesetiaan kepada keluarga yang lebih tinggi. Seterusnya, semakin lama ahli keluarga terdedah kepada kaedah pakatan terapeutik semakin kuat keyakinan mereka terhadap perlunya kesetiaan kepada keluarga.



#### **4.2.6 Objektif Kajian Keempat**

**Untuk meneroka kesesuaian modul terapi CFT (*Collective Family Therapy*) merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu.**

Untuk menerangkan sama ada CFT sesuai atau tidak digunakan sebagai pendekatan rawatan ke atas PSP dan keluarga mereka dalam kalangan bangsa Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme, beberapa bukti-bukti kualitatif dan data kuantitatif digunakan i.) refleksi subjek kajian mengenai pengalaman mereka menjalani CFT ii) keputusan respons subjek kajian terhadap item 14, IKMP.2 yang diedarkan pada akhir sesi rawatan, iii.) peratusan skor ‘sangat setuju’ bagi komponen pendekatan rawatan CFT iv.) sumber matrik v.) perubahan makna konsep utama) keputusan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) dalam bentuk kualitatif dan kuantitatif dan vi.) perubahan kelompok kajian. Penerangan menggunakan bukti-bukti ini akan juga menjawab persoalan sama ada hasil menjalani terapi dalam kalangan subjek kajian positif atau sebaliknya.

#### **4.2.6.1 Bukti Kualitatif Objektif Kajian Keempat**

##### **(i) Refleksi subjek kajian mengenai pengalaman mereka menjalani CFT**

Selain daripada penggunaan pendekatan pemerhatian, temubual berstruktur dengan PSP, temubual tidak berstruktur dengan ahli keluarga mereka, dan perbualan telefon pengkaji juga mengumpul refleksi PSP dan ahli keluarga mereka mengenai pengalaman mereka menjalani CFT. Bahagian B, IKMP.3 menyediakan ruangan yang ditulis dengan kenyataan yang berbunyi, “Jika anda masih ada perkara yang hendak disampaikan, sila tulis dalam ruang yang disediakan di bawah ini.” Ini memberi kesempatan kepada subjek kajian untuk menyatakan apa yang tersirat di dalam hati mereka berhubung dengan pengalaman mereka menjalani CFT.

Berikut adalah kumpulan refleksi-refleksi yang diperoleh dari Bahagian B, IKMP.3 bagi tiga kelompok kajian iaitu Kelompok Keluarga Besar, Keluarga 2 Ibu dan Keluarga Tambahan. Keluarga Kecil tidak dapat ditemui, manakala borang-borang IKMP.3 yang dihantar tidak dikembalikan. Kumpulan refleksi-refleksi ini merupakan kenyataan sukarela dan jujur yang diberikan oleh subjek kajian hasil dari pengalaman sebenar mereka menjalani CFT.

No.	Subjek Kajian	Refleksi
1.	Bapa PSP-M	Bersyukur di atas segala perubahan yang berlaku pada anak saya. Mudah-mudahan berkat perubahan dalam dirinya membolehkan ia berdikari dan menjalani kehidupan yang sempurna demi masa depannya (Lampiran 10).
2.	Emak PSP-M	Saya bersyukur ke hadrat Illahi sebagai ibu saya amat gembira di atas perubahan yang berlaku terhadap anak saya. Dia banyak berdiam diri walau pun saya banyak berleter dan menasihati dirinya. Tidak ada apa yang saya harap dan bermohon ke hadrat Illahi agar dia akan menjadi seorang yang lebih berpendirian dan dedikasi (Lampiran 11)
3.	Adik Perempuan	Selama 2 tahun saya dapati abang saya banyak berubah. Ada masa dia down dalam kehidupan dan dia dapat lalui kehidupan dia dengan pemikiran yang positif. Saya sentiasa memberi sokongan kepadanya dan peransang untuk terus melalui kehidupan dia dengan lebih matang seperti orang lain dan mempunyai keluarganya sendiri (Lampiran 12)

***Jadual 4.12: Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Tambahan***

Ketiga-tiga refleksi di Jadual 4.12 merupakan pandangan dan luahan yang positif mengenai situasi PSP-M pada masa ujian susulan di adakan. Ayah, ibu dan adik PSP merasa bersyukur di atas segala perubahan yang berlaku pada PSP-M dan berharap keadaan itu akan berterusan.

No.	Subjek Kajian	Refleksi
1.	PSP-K	<p>“Saya harap sangat kejayaan program ini kepada keluarga saya dapat dikongsi kepada keluarga lain yang memerlukannya. Program seumpama ini harap dapat diteruskan bagi membantu memulihkan masalah penagihan dan masalah pemahaman keluarga terhadap penagih. Saya boleh menjadi sukarela atau role model kepada keluarga lain yang memerlukan bantuan saya untuk memulihkan penagih dari terus menagih dadah dan pulang ke jalan yang benar.” (Lampiran B1)</p>
2.	Abang Sulung (Lain Ibu) PSP-K	<p>“Adik saya telah bersungguh-sungguh bertekad dan berazam untuk mengikuti sesi kaunseling ini (CFT) untuk mengembalikan maruah, harga diri serta berazam untuk menjadi insan yang normal semula. Itulah cita-citanya. Menikmati semula kemanisan hidup seperti insan lain yang mempunyai keluarga, rakan, saudara mara serta perasaan tanggungjawab ke atas hidup dan kehidupan dan meninggalkan terus cara kehidupan yang sia-sia dan tidak berfaedah.”</p> <p>“Untuk itu tekad, azam dan semangatnya mestilah disokong dengan semangat padu dari keluarga . . . Nilai agama, kepercayaan kepada Pencipta hendaklah diterapkan ke jiwanya _ . . . Ringan sama dijinjing berat sama dipikul” (Lampiran B3)</p>

***Jadual 4. 13: Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Dua Ibu***

Jadual 4.13 merupakan refleksi PSP-K sendiri yang mengharapkan kejayaan yang di kecapai melalui CFT dikongsi kepada keluarga PSP lain yang memerlukannya. Abang sulung PSP-K dengan rasa bangga dan menegaskan bahawa tekad, azam dan semangat yang ditunjukkan oleh PSP-K perlu disokong dengan semangat yang padu oleh keluarga. Beliau juga menambah tentang kenapa nilai agama, kepercayaan kepada Pencipta perlu diterapkan ke PSP-K melalui pakatan terapeutik keluarga seperti kata pepatah Melayu, ”Ringan sama dijinjing berat sama dipikul.”

No.	Subjek Kajian	Refleksi
1.	PSP-Z	Saya berjanji tidak akan mengulangi tabiat buruk ini. Insyaallah saya amat berterima kasih kepada pihak tuan dan puan yang berusaha memulihkan saya melalui program pakatan terapeutik ini (Lampiran C1)
2.	Bapa PSP-Z	Alhamdulillah saya amat amat bersyukur kepada Allah S.W.T kerana dengan pertolongannya Z telah pulih daripada tabiat menagih dadah, Diharap Z tidak akan kembali kepada tabiat menagih dadah untuk selamanya. Semoga tabiat merokok pun dihentikan dengan seberapa segera . . . Saya mengucapkan ribuan terima kasih kepada En Zall Kepli Md Rejab dan isteri Pn Zainab atas segala usaha untuk menjayakan program pakatan terapeutik ini. Semoga tuan akan teruskan usaha yang suci ini. . . (Lampiran C2)
3.	Emak PSP-Z	Semoga perubahan Z kekal sampai bila-bila. Sesungguhnya kami sekeluarga sangat menyanyanginya. Terima kasih kepada pihak tuan dan puan yang telah berusaha membantu kami sekeluarga (Lampiran C3).
4.	Adik PSP-Z	Alhamdulillah, abang saya sudah pulih dari penagihan dadah. Sebagai seorang adik saya sentiasa mendoakannya (Lampiran C4).
5.	Adik PSP-Z	Semoga perubahan abang saya kekal selamanya (Lampiran C5).
6.	Adik PSP-Z	Alhamdulillah berkat usaha ramai pihak terutamanya dari pihak tuan, usaha untuk memulihkan abang saya semakin memperolehi hasil yang positif (Lampiran C6).
7.	Adik PSP-Z	Alhamdulillah abang saya sudah pulih sepenuhnya. Saya berterima kasih kepada pihak tuan (Lampiran C7).

**Jadual 4.14: Petikan Refleksi (Bertulis) Keluarga Besar**

Semua ahli keluarga besar yang mengisi refleksi IKMP.3 termasuk PSP-Z memberi refleksi sama ada secara langsung atau tidak langsung menghurai kesan rawatan CFT yang dijalankan ke atas PSP adalah positif.

**(ii) Keputusan Item 14, IKMP.2**

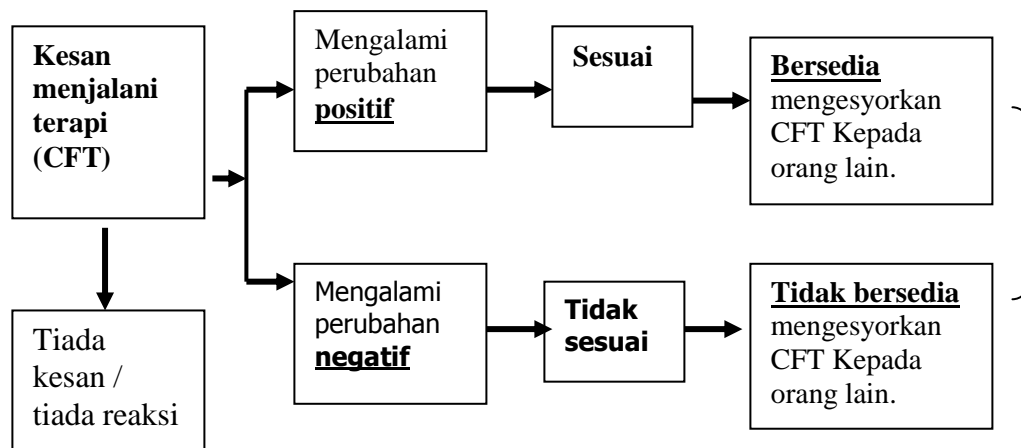
Keputusan pasca-ujian bagi item 14, IKMP.2, menunjukkan dari 23 orang subjek kajian yang mengisi soal selidik IKMP.2, lima orang mengatakan ‘setuju’ dan 18 orang mengatakan ‘sangat setuju’ untuk mengesyorkan supaya lebih ramai lagi pelatih PUSPEN yang akan keluar dari pusat pemulihan diberi peluang menjalani terapi ini bersama keluarga mereka. Jumlah subjek kajian memberi respons ‘sangat setuju’ yang tinggi mencerminkan persepsi yang sangat positif terhadap CFT sebagai pendekatan bagi mendorong PSP dan keluarga mereka untuk membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dan seterusnya membantu PSP mengekang relaps.

No. Item	Item	STS	TS	S	SS
14	Saya syorkan supaya lebih ramai lagi pelatih yang berminat dan yang akan keluar dari pusat pemulihan, diberi peluang menjalani terapi ini bersama keluarga mereka.	-	-	5	18

***Jadual 4.15: Item Nombor 14, IKMP.2***

Dapatan pada Jadual 4.15 membawa maksud bahawa subjek kajian berpuas hati dan selesa dengan pendekatan rawatan yang jalani dan seterusnya mengesyorkan supaya lain-lain PSP dan keluarga mereka juga diberi peluang untuk mendapatkan rawatan yang sama. Dengan lain perkataan, subjek kajian mendapati pendekatan rawatan CFT adalah sesuai untuk mereka dan sesuai untuk lain-lain PSP dan keluarga mereka.

Rajah 4.3 berikut ini menerangkan kaitan antara hasil menjalani CFT dengan kesediaan mengesyorkan CFT kepada lain-lain peserta PUSPEN dengan keluarga mereka. Berdasarkan huraian ini (Rajah 4.3) pengkaji merumuskan bahawa kesediaan mengesyorkan CFT kepada orang lain hasil dari pengalaman positif yang diperoleh dari menjalani sesi CFT. Ini bermakna CFT adalah sesuai dengan subjek kajian.



***Rajah 4.3: Hubungan Kesan Menjalani CFT Dengan Kecenderungan Memberi Pengesyoran***

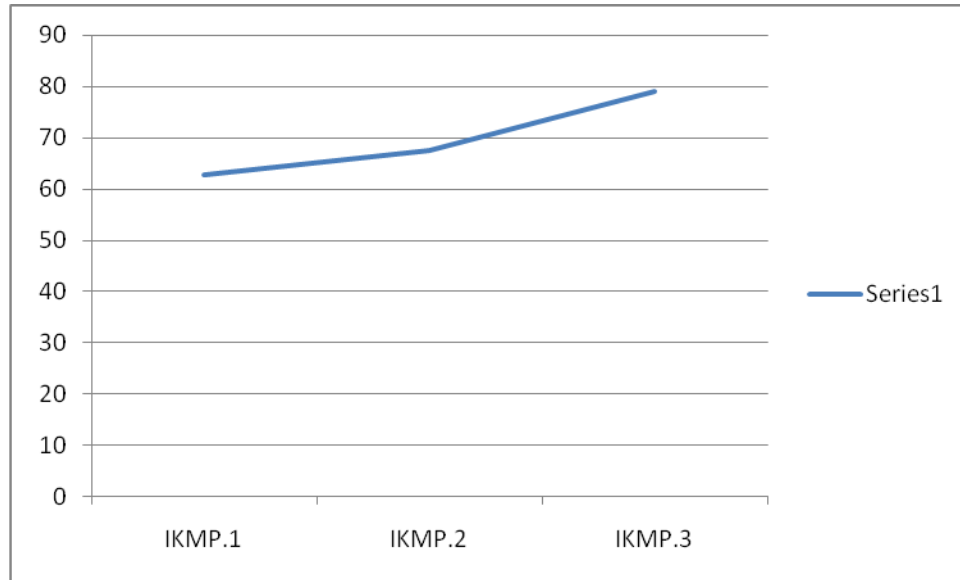
Hasil menjalani CFT, seperti di Jadual 4.3 boleh menimbulkan tiga kesan yang berbeza iaitu kesan negatif, positif atau tiada apa-apa kesan. Tindakan mengesyor atau tidak mengesyor CFT bergantung kepada perubahan atau pencapaian yang mereka alami. Ini seterusnya, secara tidak langsung turut juga menjelaskan sama ada pendekatan rawatan tersebut sesuai atau tidak sesuai dengan mereka.

Sebagai kesimpulan kepada bukti-bukti di atas, subjek kajian 100% atau secara sebulat suara membuat keputusan mengesyorkan supaya lebih ramai lagi pelatih PUSPEN dan keluarga mereka diberi rawatan CFT (Jadual 4.14). ***Ini bermakna, dari pengalaman subjek kajian CFT adalah sesuai dengan mereka.*** Ini dihuraikan oleh pengkaji melalui penerangan pada Rajah 4.3 bahawa untuk mengesyorkan pendekatan CFT kepada orang lain, subjek kajian perlu terlebih dahulu berpuas hati dengan pendekatan rawatan yang mereka jalani.

**(iii) Peratusan skor ‘sangat setuju’ bagi komponen pendekatan rawatan CFT**

Graf 4.3 berikut ini menunjukkan graf peratusan skor tertinggi ‘sangat setuju’ bagi pendekatan rawatan CFGT yang menekankan pakatan terapeutik bagi IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3. Graf persepsi terhadap pendekatan rawatan adalah meninggi secara berterusan dari 62.75% (IKMP.1), 67.55% (IKMP.2) dan 79.1% (IKMP.3).





***Graf: 4.3: Graf Peratusan Skor ‘Sangat Setuju’ Bagi Persepsi Terhadap Pendekatan Rawatan CFT Bagi IKMP.1 dan IKMP.2 dan IKMP.3***

Faktor tempoh masa pendedahan dan penyesuaian dengan kaedah rawatan dianggap mempengaruhi persepsi subjek kajian pendekatan rawatan. Jarak masa antara aktiviti pengumpulan data pada peringkat IKMP.1 dengan peringkat IKMP.2 ialah antara tiga hingga empat bulan, manakala jarak IKMP.2 dengan IKMP.3 ialah dua tahun. Perbezaan peratusan di antara peringkat IKMP.2 dan IKMP.2 lebih rendah daripada peringkat IKMP.3. Ini bermaksud semakin panjang tempoh subjek kajian membiasakan diri dengan pendekatan CFT semakin tinggi tingkat penerimaan mereka terhadapnya.

(iv) **Sumber Matrik**

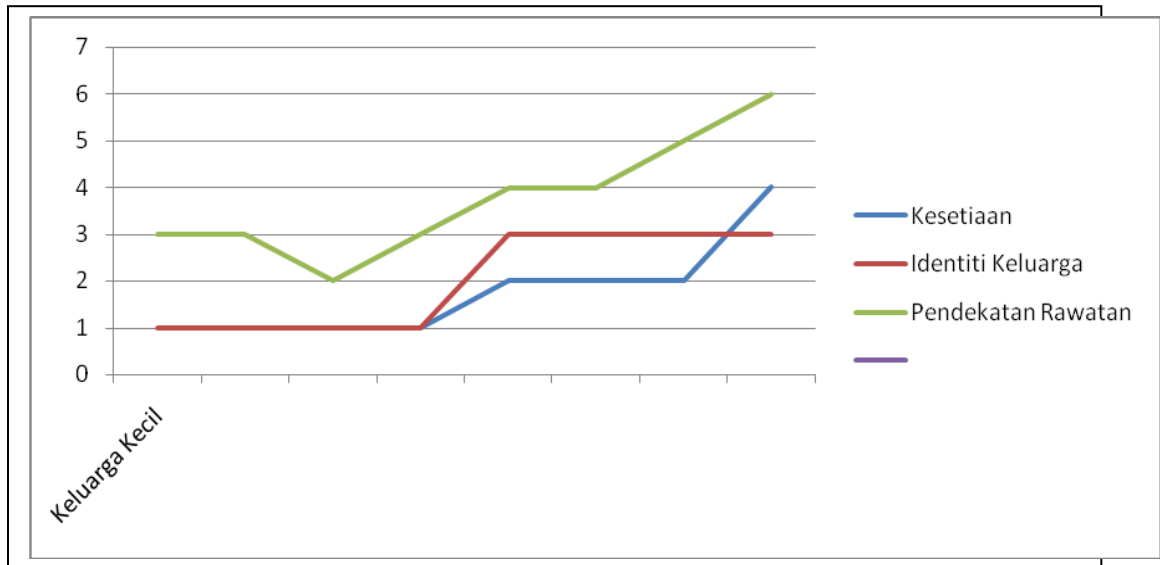
Jadual 4.16, Jadual 4.17, Jadual 4.18 dan Jadual 4.19, seterusnya mempamerkan skor bagi metrik perubahan makna bagi konsep-konsep utama kajian ini yang dikenalpasti dan dikumpul daripada verbatim proses rawatan menggunakan terapi CFT. Seterusnya diikuti oleh sama ada carta atau graf bagi membantu memperjelaskan lagi perubahan yang berlaku dalam kalangan subjek kajian.

<b>SESI</b>	<b>Pra-Sesi</b>	<b>Psiko Pendidikan</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Jumlah</b>
<b>KONSEP</b>											
Kesetiaan Kepada Keluarga	-	-	-	-	1	1	2	2	2	4	12 (20.69%)
Identiti Keluarga	-	-	1	1	1	1	3	3	3	3	16 (27.59%)
Pakatan Terapeutik (Pendekatan Rawatan)	-	-	3	3	2	3	4	4	5	6	30 (51.72%)
			3	3	4	5	9	11	10	12	58 (100%)

**Jadual 4.16: Matrik Perubahan Makna Keluarga Kecil**

Jadual 4.16 menunjukkan perubahan makna konsep pakatan terapeutik adalah paling dominan iaitu 51.72%, diikuti oleh identiti keluarga 27.59% dan kesetiaan kepada keluarga 20.69%. Ini bermakna kejayaan ahli Keluarga Kecil menjalani rawatan sepenuhnya lebih bergantung kepada perubahan yang berlaku pada konsep pakatan keluarga serta kepercayaan dan penerimaan mereka terhadap pendekatan rawatan yang menekankan pakatan terapeutik. Dapatan ini sesuai dengan latar belakang keluarga yang terbahagi kepada dua apabila berlaku penceraian kedua-dua ibu bapa mereka - sebahagian memberatkan kasih sayang kepada ayah manakala sebahagian yang lain menentang ayah serta memihak kepada ibu. Ketiadaan ayah dalam kelompok keluarga

ini, membolehkan kesemua ahli keluarga membina pakatan terapeutik bagi tujuan menjalani rawatan.



**Graf 4.4: Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Kajian Keluarga Kecil**

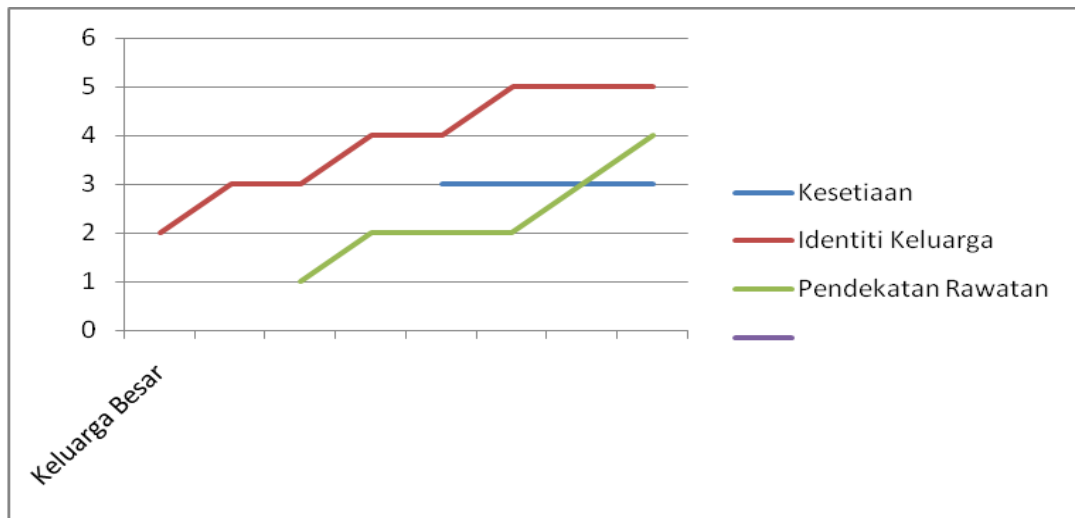
Graf 4.4 menunjukkan trend perubahan makna bagi pakatan terapeutik dan identiti keluarga yang menaik manakala perubahan konsep kesetiaan terhadap keluarga menunjukkan trend yang menaik pada bahagian permulaan dan mendatar pada bahagian pertengahan dan bahagian akhir. Walau pun terdapat kesan perpecahan / penceraian ibu dan ayah keluarga ini, pendidikan terhadap agama dan orientasi autokratik ketua keluarga ini (ayah) mempunyai pertalian dengan kedudukan graf kesetiaan yang mendatar. Ini bermakna nilai kesetiaan kepada keluarga dibenarkan melalui perubahan tetapi perubahan itu dikunci apabila sampai pada satu tahap tertentu. Sebagai contoh, PSP-A yang pada mulanya mengatakan ayahnya merupakan punca kepada masalah yang dihadapi oleh seluruh keluarganya, tersentak dan mempertahankan

ayahnya apabila PAT yang mengulangi kenyataan PSP-Z bahawa “ayahnya punca masalah keluarganya”. Ini bermaksud, apabila kenyataan yang negatif dilontarkan oleh orang luar (bukan ahli keluarganya), PSP-Z kembali menunjukkan kesetiaan yang asalnya yang bersifat “melulu” terhadap ayahnya.

<b>SESI</b> <b>KONSEP</b>	<b>Pra-Sesi</b>	<b>Psiko Pendidikan</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Jumlah</b>
Kesetiaan Kepada Keluarga	-	-					3	3	3	3	12 (21.05%)
Identiti Keluarga	-	-	2	3	3	4	4	5	5	5	31 (54.39%)
Pakatan Terapeutik (Pendekatan Rawatan)	-	-			1	2	2	2	3	4	14 (24.56%)
			2	3	4	6	9	10	11	12	57 (100%)

**Jadual 4.17: Skor Perubahan Makna Keluarga Besar**

Jadual 4.17 menunjukkan perubahan makna konsep pakatan dalam kalangan keluarga besar adalah paling dominan iaitu identiti keluarga 54.39%, diikuti oleh pendekatan rawatan 24.56% dan kesetiaan kepada keluarga 21.05%. Ini bermakna kejayaan ahli Keluarga Besar menamatkan rawatan banyak bergantung kepada perubahan yang berlaku pada konsep pakatan keluarga. Keluarga ini sebahagian besar ahlinya terdiri daripada kanak-kanak dan remaja yang masih bersekolah. Tidak banyak perubahan yang boleh berlaku dalam kategori kesetiaan dan identiti keluarga disebabkan golongan ini masih belajar dan menerima apa sahaja bentuk kepercayaan yang dipersetujui oleh ibu bapa mereka sebagai asas nilai mereka. Lebih-lebih lagi apabila hubungan ibu bapa dengan ahli keluarga yang lain (anak-anak) adalah sangat mesra dan tujuh daripada anak-anak keluarga ini adalah perempuan. Selain daripada PSP-Z, semua anak-anak keluarga ini didapati sangat menghormati ayah dan ibu mereka.



**Graf 4.4: Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Rawatan CFT Keluarga Besar**

Trend pada Graf 4.5 menunjukkan perubahan makna bagi identiti Keluarga Besar yang menegak dan mendatar pada tahap paling tinggi berbanding dengan dua graf perubahan makna yang lain manakala perubahan konsep kesetiaan terhadap keluarga yang berlaku pada tahap yang tinggi tetapi mempunyai trend yang mendatar. Ini bermaksud, usaha gigih ibu bapa kepada keluarga ini untuk memulihkan anak abang sulung dilihat sebagai usaha mengatasi “masalah bersama” keluarga yang perlu disokong sepenuhnya oleh semua ahli keluarga.

Graf kesetiaan yang mendatar pada tahap yang tinggi selari dengan kenyataan adik perempuan PSP-Z yang ketiga, “Walau pun abang macam ini (penagih dadah) abang tetap “abang” kami . . . saya sayang abang 100%,” (sesi 2, Kelompok Keluarga Besar) kesetiaan kepada keluarga tidak berubah dan masih seperti asal tetapi mempunyai

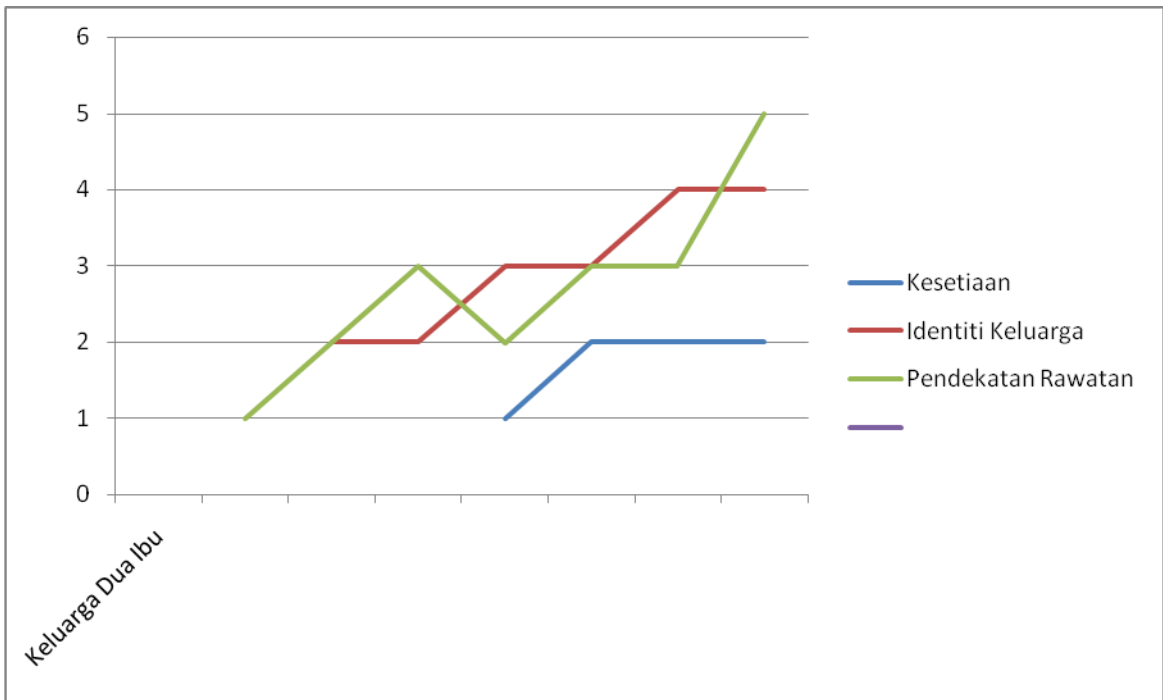
kesesuaian dengan nilai yang dibawa oleh CFT. Didikan yang menekankan keakuran kepada kehendak ibu bapa dan keluarga menjadikan kesetiaan anak-anak kepada ibu bapa tidak pernah dipersoalkan. Segala keputusan ibu bapa turut mencorak keputusan anak-anak di dalam kelompok rawatan. Dalam hal ini, keupayaan ahli terapi menyakinkan ibu bapa juga bermakna kejayaan menarik lain-lain ahli untuk bekerjasama melakukan perubahan.

<b>SESI</b> <b>KONSEP</b>	<b>Pra-Sesi</b>	<b>Psiko Pendidikan</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Jumlah</b>
Kesetiaan Kepada Keluarga	-	-					1	2	2	2	7 (15.91%)
Identiti Keluarga	-	-			2	2	3	3	4	4	18 (40.91%)
Pakatan Terpeutik (Pendekatan Rawatan)	-	-		1	2	3	2	3	3	5	19 (43.18%)
				1	4	5	6	8	8	12	44 (100%)

**Jadual 4.18: Skor Perubahan Makna Keluarga Dua Ibu**

Jadual 4.18 menunjukkan perubahan makna tiga konsep yang disasarkan bagi Keluarga Dua Ibu. Peratusan perubahan makna bagi pakatan terapeutik keluarga ialah 43.18%, dan identiti keluarga 40.91%, manakala kesetiaan kepada keluarga hanya 15.91%. Keluarga ini mempunyai ahli yang berumur di antara 30 hingga 53 tahun. Pada peringkat ini mereka sudah mempunyai nilai yang kuat berpegang kepada budaya dan ajaran agama. Tidak banyak perubahan yang berlaku khusus dalam kategori kesetiaan kepada keluarga. Walau bagaimana pun, memahami kehendak rawatan dan pentingnya mewujudkan semula silaturrahim dalam kalangan ahli keluarga mereka khususnya

dengan PSP, ahli keluarga dilihat lebih selesa membenarkan perubahan yang lebih banyak dalam kategori identiti keluarga dan pakatan terapeutik atau pendekatan rawatan. Dalam hal ini, Keluarga Dua Ibu tetap berjaya menamatkan rawatan CFT dengan jayanya disebabkan kesesuaian budaya mereka dengan pendekatan rawatan iaitu pakatan terapeutik.



**Graf 4.5: Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Rawatan CFT Keluarga Dua Ibu**

Tren pada Graf 4.5 menunjukkan perubahan makna bagi identiti keluarga dan kesetiaan adalah menegak yang berterusan. Jumlah keseluruhan perubahan makna yang diperoleh daripada verbatim proses terapi adalah paling kecil (44), berbanding dengan Keluarga Kecil (58), Keluarga Besar (57) dan Keluarga Tambahan (56). Walau bagaimana pun, jumlah sumber perubahan makna yang kecil tidak menghalang

kelancaran sesi dan keupayaan ahli keluarga menamatkan sesi rawatan dengan jayanya. Ini kerana nilai kolektivisme Melayu yang mereka amalkan hampir selari dengan nilai yang digunakan oleh CFT, kecuali sedikit perubahan yang telah pun dipenuhi oleh Keluarga Dua Ibu. Ini menunjukkan terdapat kesesuaian nilai di antara CFT dengan nilai budaya kolektivisme yang berkenaan.

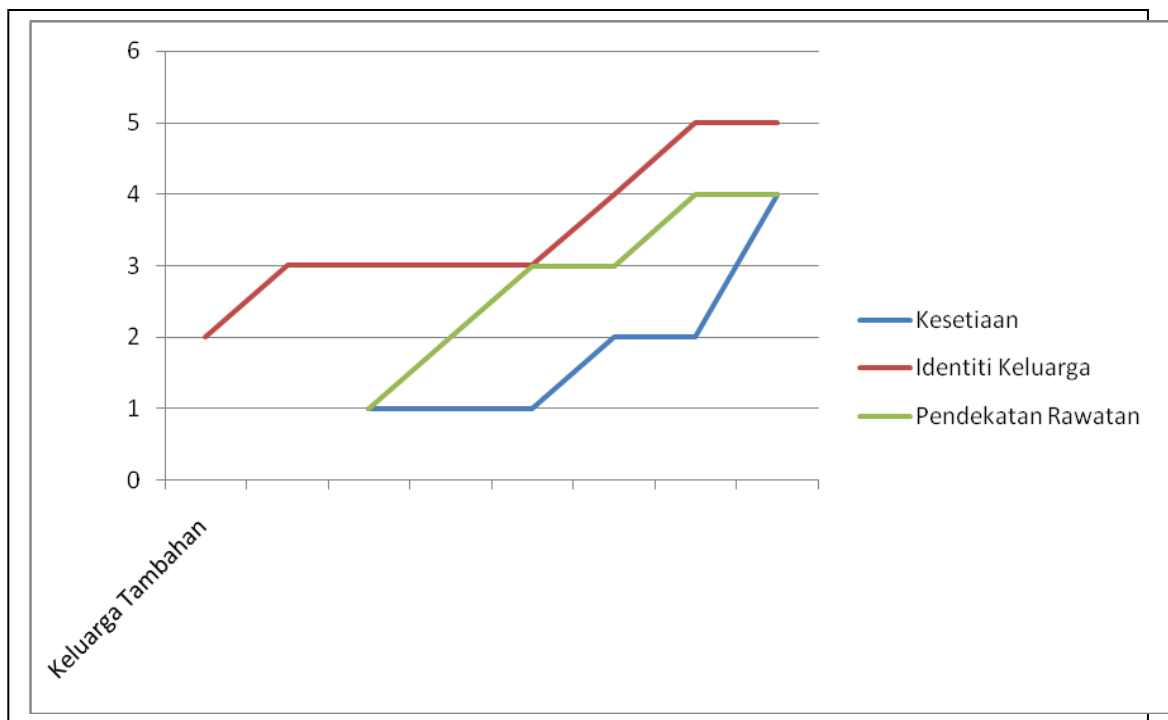
<b>SESI</b> <b>KONSEP</b>	<b>Pra-Sesi</b>	<b>Psiko Pendidikan</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Jumlah</b>
Kesetiaan Kepada Keluarga	-	-			1	1	1	2	2	4	11 (19.64%)
Identiti Keluarga	-	-	2	3	3	3	3	4	5	5	28 (50%)
Pakatan Terapeutik (Pendekatan Rawatan)	-	-			1	2	3	3	4	4	17 (30.36%)
			2	3	5	6	7	9	10	12	56 (100%)

**Jadual 4.19: Skor Perubahan Makna Keluarga Tambahan**

Jadual 4.19 menunjukkan perubahan makna konsep identiti keluarga dalam kalangan Keluarga Tambahan adalah paling dominan iaitu 50%, diikuti pakatan terapeutik oleh 30.36% dan kesetiaan kepada keluarga 19.64%. Keluarga Tambahan mengandungi ibu, bapa, bapa saudara, sepupu lelaki dan perempuan, ipar lelaki dan ipar perempuan, adik lelaki dan adik perempuan PSP. Kelompok Keluarga yang mengandungi ahli yang ramai dan berbagai latar belakang ini sangat memerlukan satu identiti keluarga yang kuat dan pakatan keluarga yang mampan. Kurangnya kesetiaan kepada keluarga menyebabkan ahli-ahli Kelompok Rawatan Keluarga Tambahan berpecah apabila bapa saudara, abang saudara dan kakak saudara serta suami dan isteri mereka menarik diri daripada menyertai CFT. Walau bagaimanapun, kesediaan ayah



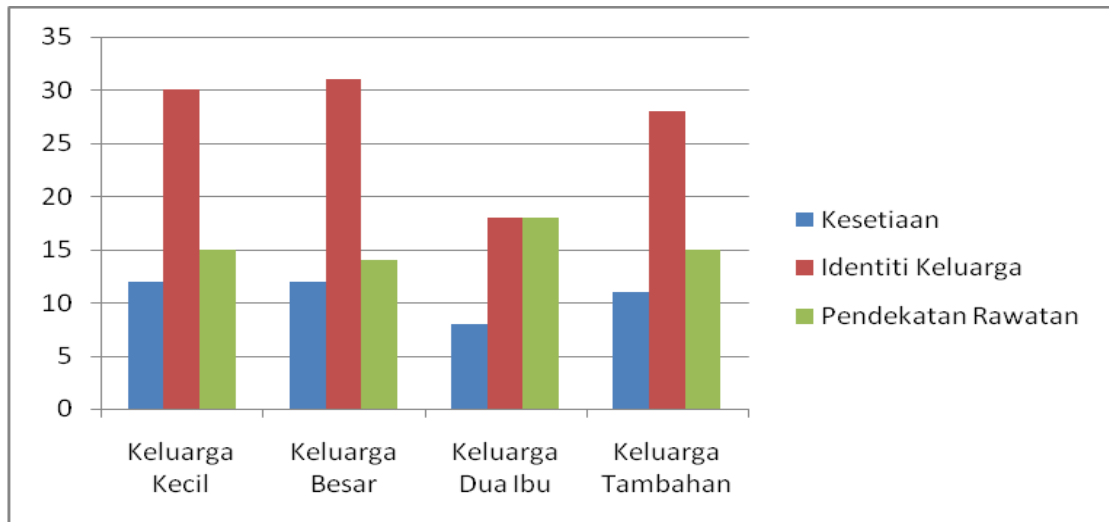
mengambil alih kepimpinan, Kelompok Tambah berjaya menamatkan rawatan. Dengan lain perkataan, bagi keluarga tambahan (*extended family*) perubahan makna dalam kategori pakatan keluarga tidak memadai tanpa perubahan dalam kategori kesetiaan. Ini kerana biar pun ayah saudara atau keluarga saudara menyatakan PSP adalah ‘seperti’ atau ‘adik’ mereka sendiri, dalam hal ini, ibu dan ayah sebenarnya yang bersedia bersama PSP untuk menghadapi apa sahaja cabaran demi mencapai matlamat kelompok dan menamatkan semua sesi rawatan.



**Graf 4.6: Perubahan Makna Bagi 3 Konsep Rawatan CFT Keluarga Tambahan**

Tren pada Graf 4.6 menunjukkan perubahan makna bagi identiti keluarga dan pakatan terapeutik yang hampir sama kecuali perubahan makna bagi pendekatan rawatan / pakatan terapeutik berlaku lebih awal iaitu pada permulaan sesi rawatan. Kedua-dua graf menegak pada permulaan sesi rawatan tetapi sedikit mendapat pada akhir sesi rawatan. Perubahan makna konsep kesetiaan terhadap keluarga bermula pada sesi ketiga,

menegak pada sesi kelima dan terus menegak hingga ke akhir sesi rawatan. Perkembangan Kelompok Keluarga Tambahan boleh dibahagikan kepada dua tahap. Tahap pertama, kelompok ini didominasi oleh bapa saudara dan keluarganya, manakala tahap kedua oleh ayah PSP-M sendiri. Perubahan makna kesetiaan sangat perlu diperingkat kedua disebabkan tindakan ayah PSP-M yang telah “tidak mengakui PSP-M sebagai anaknya” dan telah sedaya upaya mengalakkan diri dari menghadiri sesi kelompok bersama PSP-M dan ahli keluarganya yang lain.



**Carta 4.4: Perbandingan Perubahan Makna Bagi Semua Kelompok Kajian**

Carta 4.4 menunjukkan bahawa Keluarga Dua Ibu yang mempunyai komponen ahli dewasa yang ramai (berusia 30 hingga 53 tahun), tidak menunjukkan perubahan yang besar kerana secara semulajadi mereka *‘tidak memerlukan perubahan yang banyak’ memandangkan nilai yang mereka miliki adalah hampir selari dari nilai yang diperlukan untuk membina dan mengamalkan pakatan terapeutik keluarga.*

Keluarga Kecil dan Keluarga Besar didapat menunjukkan perubahan makna yang paling tinggi dalam kategori 'identiti keluarga', manakala Keluarga Dua Ibu menunjukkan perubahan makna yang paling rendah dalam kategori yang sama. Perubahan 'identiti keluarga' yang tinggi didapati dalam kalangan keluarga yang mempunyai komponen ahli yang berusia antara 12 hingga 43 tahun (Keluarga Kecil dan Keluarga Besar). Pada peringkat kanak-kanak dan awal dewasa, kesetiaan belum mencapai tahap yang cukup kuat untuk dijadikan sandaran yang bermakna bagi mencapai sebarang perubahan. Identiti keluarga dan pendekatan rawatan yang menyediakan kaedah baru berkomunikasi, berpakat dan bekerjasama dalam kalangan ahli keluarga dipelajari daripada ulangan pengucapan dan tindakan ahli keluarga sepanjang sesi rawatan. Lazimnya ungkapan dan tindakan yang dimulakan oleh ahli yang lebih tua dalam kelompok keluarga seperti ibu bapa akan diikuti atau dijadikan model oleh anak-anak.

Sebagai kesimpulan, matrik perubahan makna yang dialami oleh subjek kajian didapati berjaya memperjelaskan lagi perubahan yang berlaku dalam kalangan mereka. Ini bermakna pendekatan CFT berjaya membantu subjek kajian memberi makna yang baru kepada tiga konsep utama kajian iaitu kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan pakatan atau kerjasama dalam kalangan keluarga (pendekatan rawatan). Situasi ini seterusnya membantu melicinkan komunikasi dalam kalangan mereka dan mewujudkan kesan terapeutik ke atas subjek kajian melalui pakatan keluarga mereka.

#### 4.2.6.2 Analisis Deskriptif

##### (i) Keputusan Berasaskan Borang Penilaian Proses Terap (BPT)

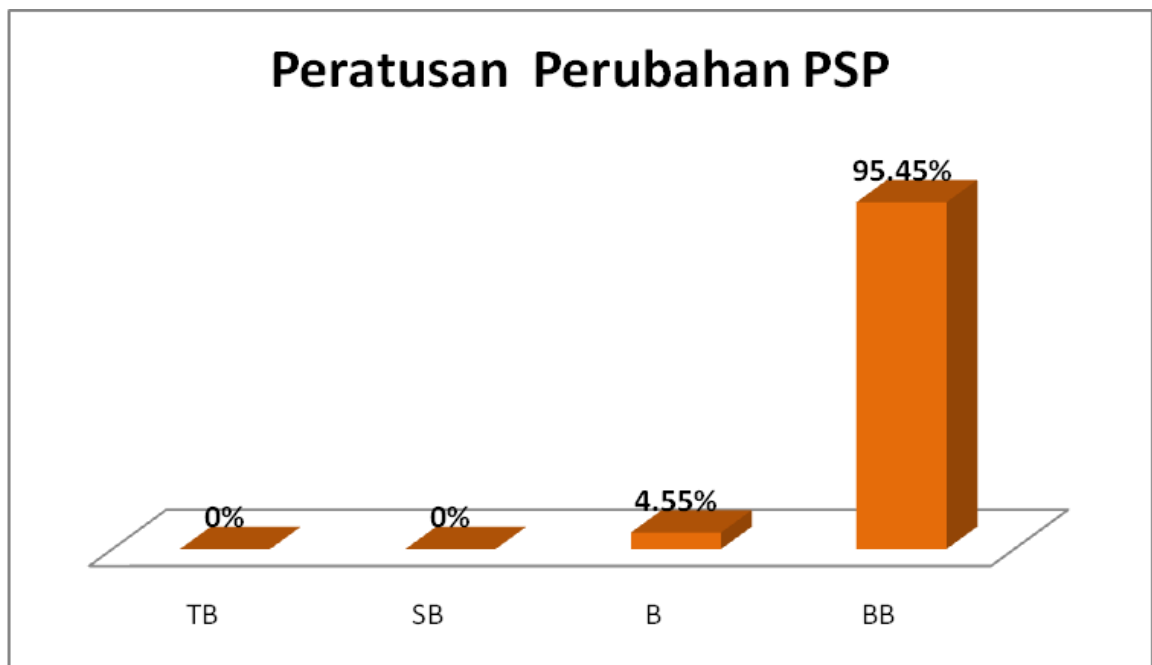
Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) digunakan khusus untuk menilai perubahan yang berlaku dalam kalangan subjek kajian semasa menjalani CFT. Kaedah yang digunakan ialah pemerhatian. PAT (pembantu ahli terapi) yang ditugaskan melaksanakan tugas pemerhatian sepanjang sesi rawatan telah merumuskan bahawa secara menyeluruh terdapat perubahan yang positif bagi semua ahli kelompok kajian. Semua item mencatat respons sama ada 'berubah' atau 'banyak berubah'. Jadual berikut menunjukkan skor penilaian berasaskan borang BPT bagi kelompok PSP dan ahli keluarga mereka secara perbandingan.

Item	Tahap Perubahan							
	PSP Jumlah 4 Orang				Ahli Keluarga Jumlah 19 Orang			
	TB	SB	B	BB	TB	SB	B	BB
1. Hubungan antara PSP dengan ahli keluarga	-	-	1	3	-	-	-	19
2. Memberi harapan	-	-	-	4	-	-	-	19
3. Kesediaan PSP membincangkan pengalaman dan masalah	-	-	-	4	-	-	5	14
4. Kesediaan menyatakan sokongan secara terbuka	-	-	-	4	-	-	-	19
5. Memberi dan menerima maklumbalas	-	-	-	4	-	-	5	14
6. Menyatakan rasa 'sayang'	-	-	-	4	-	-	9	10
7. Meluahkan perasaan negatif (sedih, rasa tidak puas hati, marah, benci, dendam, dll.)	-	-	-	4	-	-	9	10
8. Bekerjasama dalam mencari alternatif untuk mengekang relaps (matlamat kelompok)	-	-	1	3	-	-	5	14
9. Komitmen	-	-	-	4	-	-	5	14
10. Menghormati satu sama lain	-	-	-	4	-	-	5	14
11. Kenyakinan untuk mencapai matlamat terapi	-	-	-	4	-	-	5	14
Jumlah:			2	42	-	-	48	161

*Petunjuk: TB – Tiada Perubahan; SB – Sedikit Berubah; B – Berubah; BB – Banyak Berubah*

**Jadual 4.20: Penilaian Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)**

Daripada data kuantitatif yang dihasilkan oleh BPT, secara perbandingan tahap perubahan yang dicatat hanya merangkumi dua kategori perubahan iaitu 'berubah' dan 'sangat berubah'. Bagi PSP kategori 'berubah' mencatat 2 respons atau 4.55%, manakala kategori 'sangat setuju' 42 respons atau 95.45%. Tiada respons yang diberikan kepada 'tiada perubahan' dan 'sedikit berubah'.

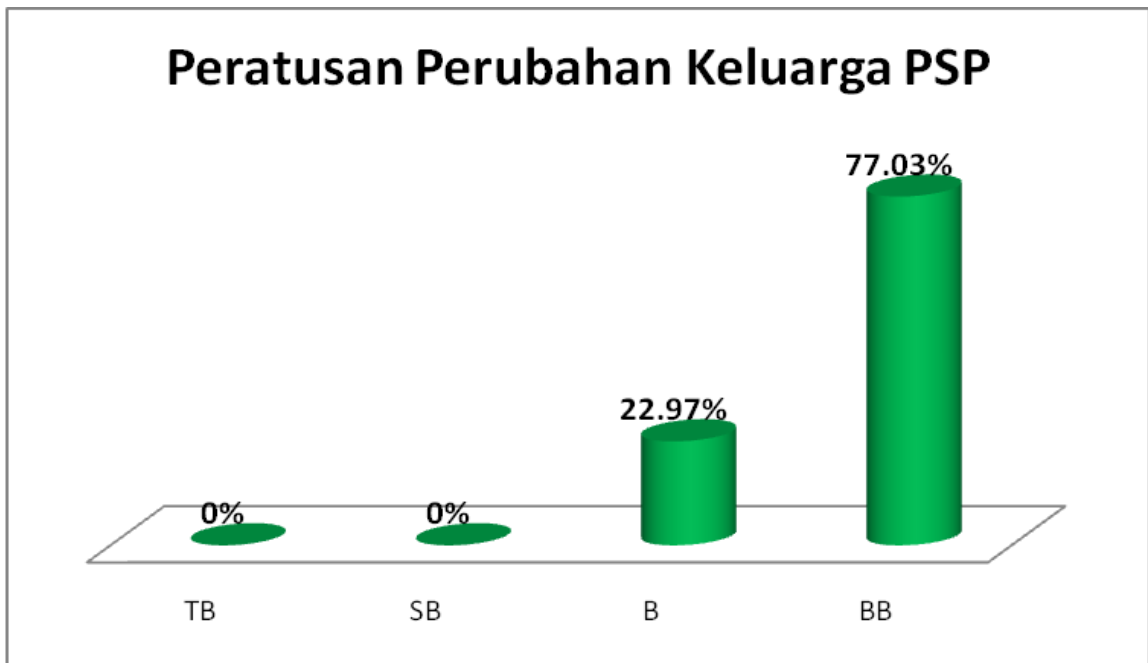


**Petunjuk: TB – Tidak Berubah SB – Sedikit Berubah; B – Berubah; BB – Banyak Berubah**

***Carta 4.5: Perubahan Keseluruhan PSP Berasaskan Borang BPT***

Carta 4.5 menunjukkan PSP mengalami perubahan lebih tinggi daripada segi memberi harapan, kesediaan membincangkan pengalaman dan masalah, kesediaan menyatakan sokongan secara terbuka, memberi dan menerima maklumbalas, menyatakan rasa

sayang”, “meluahkan perasaan negatif (sedih, rasa tidak puas hati, marah, benci dan dendam), komitmen, menghormati satu sama lain dan akhirnya keyakinan untuk mencapai matlamat terapi.

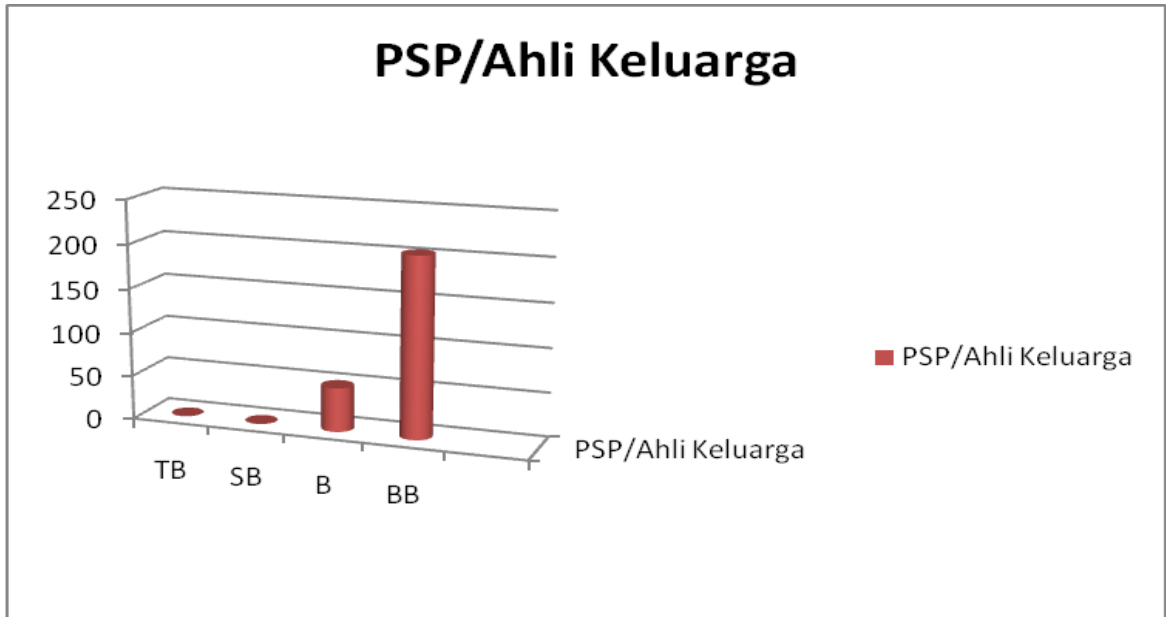


*Petunjuk: TB – Tidak Berubah; SB – Sedikit Berubah; B – Berubah; BB – Banyak Berubah*

***Carta 4.6: Carta Perubahan Keseluruhan Keluarga PSP Berasaskan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)***

Carta 4.6 menunjukkan, bagi keluarga PSP pula, 48 respons atau 22.97% dicatat sebagai ‘berubah’ dan 161 respons atau 77.03% mencapai tahap ‘banyak berubah’. Bagi keluarga PSP pula perubahan adalah lebih tertumpu kepada membina hubungan yang positif antara mereka dan PSP, memberi harapan dan kesediaan menyatakan sokongan

secara terbuka. Ini diikuti oleh memberi dan menerima maklumbalas, berkerjasama dalam mencari alternatif untuk mengekang relaps (matlamat kelompok), meluahkan perasaan negatif (sedih, rasa tidak puas hati, marah, benci dan dendam), komitmen, menghormati satu sama lain dan akhirnya keyakinan untuk mencapai matlamat terapi.



*Petunjuk: TB – Tidak Berubah; SB – Sedikit Berubah; B – Berubah; BB – Banyak Berubah*

***Carta 4.7: Perubahan Keseluruhan Keluarga & PSP Berdasarkan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)***

Carta 4.7 menunjukkan perubahan 100% dalam kalangan PSP dan keluarga mereka setelah menjalani rawatan. Secara umum, hasil analisis data yang diperoleh dari BPT, kesimpulan boleh dibuat bahawa semua ahli kelompok (subjek kajian) yang menamatkan rawatan CFT mengalami perubahan yang positif.



## **(ii) Justifikasi Perubahan Kelompok Kajian**

Berikut adalah justifikasi secara naratif mengenai perubahan bagi semua kelompok kajian berdasarkan bukti deskriptif yang diperoleh dari Borang Penilaian Proses Terapi (BPT).

### **(ii)a. Justifikasi Kelompok Keluarga Besar**

Keluarga Besar merupakan sebuah keluarga yang masih terletak di bawah pengurusan ibu bapa secara total, kecuali anak sulung mereka (PSP-Z). Anak lelaki yang kedua sudah berkahwin dan mempunyai kerjaya yang baik. Begitu juga anak mereka yang ketiga (anak perempuan) sudah bekerja dan turut membantu ibu dan ayahnya dari segi kewangan. Secara umum, keluarga ini masih tinggal di bawah satu bumbung dan bapa masih memegang tampuk kuasa mengurus seluruh keluarga. Sifat bapa keluarga ini yang kelihatan suka bergurau, menjadikan hubungan yang terjalin dengan ahli keluarga yang lain, antara ahli keluarga yang sebahagian besarnya masih dibangku sekolah amat mesra. Dengan kemajuan daripada segi perhubungan dengan anak sulung mereka (PSP-Z) sepanjang menjalani rawatan, hubungan antara keluarga dilihat bertambah mantap. Dengan sokongan semua ahli keluarga, PSP-Z merasa diterima kembali dan berjaya mendapatkan kuasa dan rasa hormat ahli keluarganya untuk menjalankan tanggungjawabnya sebagai seorang amal sulung. Berikut adalah petikan dari sesi ketujuh CFT:

- 
- Bapa : *Bapa harap sangat, kalau jadi apa-apa kepada bapa, kaulah (PSP) yang bapa harap dapat jaga emak dan adik-adik kau”.*
- Emak : *(Sayu) Emak pun begitu, adik-adik engkau ramai perumpuan, siapa lagi yang nak kami harap kalau tidak pada engkau.”*
- (PSP-Z) : *(Tunduk dan terharu bila dia meluahkan perasaan yang pernah diluahkan kepada ahli terapi semasa dalam pra-sesi sebelumnya) Sebenarnya . . . (berat hendak diluahkan) orang malu pada emak, bapa dan adik-adik. Adik-adik semua ok, orang jadi macam ni . . .*
- Adik : *(Sedih) Kami nak abang baik . . . kami tak mau takut bila nak*  
Perempuan *cakap apa-apa dengan abang. Sekarang kami dah boleh cakap,*  
ke 5 *gurau-gurau dengan abang. Dulu kami takut abang marah.*  
*Kami takut dekat abang.*
- 

***Jadual 4.21: Verbatim PSP-Z dengan Ahli Keluarganya***

PAT meletakkan Keluarga Besar sebagai kumpulan yang paling ‘banyak berubah’ berbanding dengan tiga kumpulan yang lain. Justifikasi beliau adalah berdasarkan kepada tahap kejayaan Keluarga Besar dalam proses penyelesaian masalah dalaman keluarga adalah yang menyeluruh. Semua ahli keluarga terlibat menganggotai kelompok terlibat secara aktif, mereka mempunyai tahap keterbukaan yang tinggi pada akhir sesi kelapan berbanding dengan semasa permulaan sesi, penerimaan dan keupayaan ahli kelompok merealisasi pencapaian matlamat kelompok juga adalah sangat baik.

Bagi Keluarga Besar, faktor paling penting kepada kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dengan keluarga mereka ialah kesediaan dan keupayaan ketua keluarga membuat keputusan. Bapa kepada Keluarga Besar jelas menduduki tempat teratas dalam keluarganya dan paling berkuasa dalam pembuatan keputusan, manakala ibu dan anak-anaknya terlatih dari kecil untuk akur kepada perintah ibu bapa. Ini menjadikan Keluarga Besar lebih mudah membuat keputusan dan menggunakan kekuatan hubungan silaturahim mereka sebagai sumber terapeutik untuk bekerjasama membantu PSP-Z.

Bukti kualitatif yang membentuk matrik perubahan metrik Kelompok Keluarga Besar yang menunjukkan perbezaan metrik antara pra-sesi dan pasca-sesi rawatan adalah seperti pada Lampiran 2. Item-item yang dinilai adalah merupakan item yang digunakan di dalam Borang Penilaian Proses Terapi (BPT).

### **(ii)b. Justifikasi Perubahan Keluarga Dua Ibu**

Bagi kelompok kajian Keluarga Dua Ibu, keadaan adalah berbeza dengan Keluarga Besar. Isu penting yang memecah-belah keluarga ini ialah perkahwinan semula arwah Ayah dengan Ibu (kedua) setelah arwah Ibu pertama meninggal dunia. Perkahwinan tersebut menimbulkan permusuhan yang begitu lama sehinggalah PSP-K berhasrat untuk menyertai projek kajian ini dan menjalani CFT. Dalam hal ini, walau pun ibu sebagai ahli yang paling tua, menduduki tempat tertinggi dalam hirarki keluarganya dan tetapi tidak memiliki kuasa pemutus bagi keluarganya. Ini kerana Ibu adalah ibu tiri kepada tiga orang anak lelaki arwah suaminya dengan arwah isterinya yang pertama. Untuk sekian lama, menurut ahli keluarga ini, hubungan di antara ibu dengan tiga orang anak-anak tirinya adalah renggang dan terdapat persaingan untuk memiliki kuasa pemutus keluarga daripada anak tiri khusus daripada abang sulung PSP. Faktor persaingan ini juga disebabkan umur ibu dengan abang sulung PSP adalah hampir sama. Bagi keluarga ini, abang PSP-K yang ke empat (satu ibu dan satu bapa) telah memikul tanggungjawab sebagai orang perantaraan antara ibu dan abang-abangnya yang lain dan antara semua ahli keluarga PSP-K dengan ahli terapi.

Dalam Keluarga Dua Ibu, Abang Sulung (anak arwah Ibu pertama) lebih menonjol dari segi kuasa pemutus. Ibu dalam banyak situasi menggunakan pendekatan merayu dan berdoa untuk mewujudkan kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik. Tenaga untuk membina kejelikitan meningkat dengan ketara apabila dalam sesi 2 dan sesi ke 4 Abang Sulung berkata,

“Kita kena bersatu. Kita jangan ambil kira apa orang lain kata . . . pedulikan pandangan dia orang. Kita fikir sekarang kita anak-anak “Bapa” sahaja. Itu yang penting. Sekarang adik kita (PSP-K) perlu bantuan kita. Kita kena bantu.”

Kesemua ahli Keluarga Dua Ibu menerima saranan Abang Sulung dengan senang hati. Perkataan “Mak” mula digunakan dengan meluaskan dalam kalangan ahli kelompok setelah sesi ke 4. Sesi ke 6 anak-anak yang sudah berusia di antara 30 hingga 50an tanpa segan silu sudah mahu disuap pulut kuning hari jadi PSP-K. Perpecahan Keluarga Dua Ibu telah benar-benar berjaya di atasi oleh ahli-ahlinya melalu sesi CFGT. Keluarga Dua Ibu telah menjalani terapi CFGT dengan jayanya. Di akhir tempoh kritikal selamat dua tahun Keluarga Dua Ibu masih berjaya mengekal pakatan terapeutik dan PSP-K berjaya mengekang relaps. Dalam tempoh tersebut PSP-Z telah berkahwin dan pada pertengahan tahun 2011, PSP-Z dilantik sebagai PRS AADK bagi membantu lain-lain program pemulihan dadah.

Bukti kualitatif yang membentuk matrik perubahan Kelompok Dua Ibu yang menunjukkan perbezaan metrik antara pra-sesi dan pasca-sesi rawatan adalah seperti Lampiran 3. Item-item yang dinilai adalah merupakan item yang digunakan dalam Borang Penilaian Proses Terapi (BPT).

### **(ii)c. Justifikasi Perubahan Keluarga Kecil**

Seperti Keluarga Besar, semua ahli Keluarga Kecil tinggal di bawah satu bumbung (rumah). Sama seperti Keluarga Dua Ibu, Keluarga Kecil diketuai oleh Ibu (semasa sesi CFT dijalankan). Ibu dan bekas suaminya (bapa Keluarga Kecil) bercerai setahun sebelumnya. Namun begitu, pengaruh ‘Bapa’ ke atas keluarga ini amat dirasakan sepanjang sesi terapi dijalankan. Malahan secara kolektif, kesemua ahli Keluarga Kecil meletakkan sebahagian besar punca masalah dalam kehidupan mereka ialah cara pendidikan ‘Bapa’ yang terlalu *‘rigid’ / ‘strict’* (Kata PSP-A, “Kami tidak dibenarkan tengok TV terutamanya *movie*, tak boleh ada kawan bukan sejenis . . .”) dan bapa suka pilih kasih ( Kata Adik Bongsu PSP-A, “Bapa, sikit-sikit bandingkan orang (saya) dengan kakak . . .“ , Kata PSP-A, “Apa saya minta dia (Bapa) tak pernah bagi. Dia selalu kata, kenapa kau tak jadi macam abang kau”).

Dari segi keterbukaan dan kesedaran pentingnya mereka bersatu untuk mengatasi masalah sesama mereka, menunjukkan perubahan yang besar. Ibu walaupun pada awal sesi pertama tidak yakin boleh PSP-A akan mahu berkongsi masalahnya dengan keluarga secara terbuka, pada pertengahan sesi rawatan telah menyatakan kesyukurannya terhadap perubahan yang berlaku pada PSP-A. Beliau bukan sahaja boleh berkongsi rasa kekecewaan terhadap bapa dan ibunya yang sekian lama bersarang dalam hatinya, malahan ia boleh menceritakan tentang punca penagihannya yang berkait rapat dengan kekecewaannya terhadap keluarga yang dilihat sebagai ‘pilih kasih’, tentang ibu yang tidak pernah mempertahankan anak-anak apabila dimarahi atau dipukul oleh bapa mereka, tentang bapa mereka yang terlalu keras dan *‘rigid’* dalam mendidik

mereka dan sebagainya. Pendedahan ini turut diperluaskan dan diperjelaskan oleh Adik Bongsu atau anak bongsu keluarga ini.

Adik Bongsu juga mengatakan dia tidak berpuas hati dengan tindakan ibu bapanya yang selalu membandingkannya dengan kakaknya (anak ketiga). Ibu yang terkejut dan agak *defensive* apabila di asak oleh PSP-A dan Adik Bongsu berhubung keagalannya mempertahankan anak-anak, berjaya menceritakan bagaimana dia juga sering bertengkar dengan suaminya kerana mempertahankan anak-anak, tetapi dia tidak pernah tunjuk pada anak-anaknya. Sekiranya dia bertengkar, dia akan pasti dia bertengkar dengan suaminya di dalam bilik. Keluarga ini berjaya merungkai pelbagai masalah dan mengambil kesimpulan bahawa ‘Bapa’ yang sudah bercerai dengan ibu mereka, adalah punca segala masalah yang timbul dalam keluarga mereka.

Walau pun keluarga ini umumnya berjaya membina dan bersedia meneruskan pakatan terapeutik apabila PSP-A bebas dari PUSPEN, namun mereka masih sangsi tentang keupayaan mereka menangani sikap Bapa mereka yang masih mendominasi kehidupan mereka. Sebagai contoh PSP-A berkata,

”Sepatutnya Bapa ada bersama-sama kita dalam sesi kelompok ini. Banyak masalah yang boleh selesai kalau bapa ada bersama-sama kita. Nanti bila jumpa dengan dia lagi, kita akan ada masalah lagi . . . sebab dia tetap tetap tak berubah. macam itu juga.”

Sebagai kesimpulan, Keluarga Kecil mengalami banyak perubahan. Interaksi dan kejelikitan di antara mereka jelas meningkat, namun punca masalah sebenar yang mengugat keseimbangan dan keharmonian keluarga mereka belum terjamin disebabkan 'Bapa' tidak bersama-sama menjalani terapi. Ini terbukti apabila PSP-A menukar kaedah pemulihannya dari *total drug free* kepada *Methodone Maintenance* selepas setahun menjalani CFGT. Hubungan PSP-A dengan bapanya tidak dapat diperbaiki dan menjadi bertambah tegang hingga menyebabkan 'pergaduhan besar' antara mereka.

Bukti kualitatif yang membentuk matrik perubahan Kelompok Keluarga Besar yang menunjukkan perbezaan matrik antara pra-sesi dan pasca-sesi rawatan adalah seperti Lampiran 4. Item-item yang dinilai adalah merupakan item yang digunakan dalam Borang Penilaian Proses Terapi (BPT).



#### **(ii)d. Justifikasi Perubahan Keluarga Tambahan**

Faktor yang paling ketara mempengaruhi perubahan kelompok Keluarga Tambahan ialah ciri ‘keluarga tambahannya’ yang menggabungkan ahli-ahli dari beberapa keluarga iaitu keluarga asal PSP yang terdiri daripada PSP-M, 3 orang adiknya, Bapa dan Ibu keluarga Bapa Saudara PSP-M yang merangkumi Bapa Saudara, anak-anak dan menantunya. Bapa PSP-M memberi kuasa kepada Bapa Saudara PSP-M untuk mewakili dirinya mengetuai kelompoknya (Keluarga Tambahan).

---

Bapa PSP-M : Abang saya rapat dengan saya sejak kecil lagi. Jadi kalau saya tak dapat datang (ke sesi terapi), saya wakilkan abang saya (sesi 3).

Bapa Saudara: Saya faham benar tentang anak saudara saya ini. Dia pernah tinggal dengan saya selepas dia tamat form 5.

Emak: Dia orang adik beradik tu (Bapa dan Bapa Saudara PSP-M), macam isi dengan kuku.

---

***Jadual 4.22: Kenyataan Keluarga PSP-M Mengenai Hubungan Keluarga Mereka***

PAT meletakkan perubahan Keluarga Tambahan ini lebih rendah daripada perubahan yang dialami oleh Keluarga Besar berdasarkan tindakan sebahagian ahlinya (Bapa Saudara PSP-M dan keluarganya) memohon keluar sebelum 8 sesi rawatan tamat.

---

Sepupu Perempuan PSP-M:	(Kepada Ahli Terapi) Masalah ni masalah besar, perlu penglibatan seratus peratus. Kami (keluarga Bapa Saudara PSP-M) tak boleh bagi komitmen yang macam tu . . . yang boleh (bagi komitmen macam itu) . . . keluarga mereka (PSP) sendirilah. Jadi kami nak minta tarik diri dari kelompok ini.
Ahli Terapi:	You bercakap bagi pihak Bapa dan keluarga you?
Sepupu Perempuan PSP	Ya. Kami dah bincang, kami dah buat keputusan untuk tarik diri.
Ahli Terapi:	(Kepada Bapa Saudara PSP-M) Apa komen abang?
Bapa Saudara PSP-M :	Anak-anak saya dah bincang sesama dia orang. Saya ikutlah.
Ibu PSP-M:	Tak apalah. Nanti saya minta Bapa (PSP-M) datang pada sesi depan.

---

***Jadual 4.23: Kenyataan Penarikan Diri Keluarga Tambahan***

Mula dari sesi 6, Bapa Saudara PSP-M dan anak-anaknya tidak lagi menghadiri terapi. Manakala Bapa PSP-M dan ahli keluarga didapati semakin bersemangat menghadiri sesi seterusnya hingga ke sesi terakhir. Penarikan diri ini menampakkan percanggahan dengan maksud petikan dialog sebelum yang menerangkan hubungan antara dua keluarga ini.

Perubahan yang di alami Kelompok Tambahan dijelaskan menggunakan petikan verbatim yang di ambil dari pra-sesi dan beberapa sesi terakhir sebagai perbandingan. Perubahan paling penting melibatkan Bapa PSP-Z yang telah memutuskan sebelum untuk tidak lagi mempedulikan apa yang berlaku kepada PSP-Z kerana terlalu marah dan kecewa dengan tingkahlaku penagihannya.

---

Adik :	(Sedih) Bapa dah tak mahu mengaku Abang anaknya. Tapi
Perempuan	saya boleh minta Mak saya datang (pra-sesi).
PSP	
Emak (PSP)	(Kepada Ahli Terapi) . . . Tak boleh kata apalah, Bapa dia
:	(PSP) dah buat macam-macam supaya dia nak belajar. Tapi
	dia kecewakan Bapa dia. Jadi kalau Bapa dia dah bosan, tak
	mau ambil tau pasal dia, siapa pun tak boleh kata apa.
Bapa	(Kepada Ahli Terapi) Bila dia (PSP) tak mahu belajar lagi,
Saudara	bapa dia hantar dia duduk dengan saya di Johor. Saya bawa
(PSP):	dia masuk bekerja dengan bank tempat saya bekerja. Tapi
	saya tak faham kenapa tiba-tiba nak berhenti kerja dan nak
	balik kampung. Itu yang bapa dia marah sangat (sesi 2)

---

***Jadual 4.24: Kenyataan Mengenai Sikap Bapa Terhadap PSP-M***

Berikut adalah petikan dialog selepas kehadiran Bapa PSP-M buat pertama kali pada sesi ketiga setelah Ahli Terapi membuat lawatan ke rumah mereka.

---

Adik                      Saya macam tak percaya bila dia (Bapa PSP-M) kata dia nak  
Perempuan            datang.

PSP-M

Emak PSP -            Saya pun terkejut bila Bapa dia (Suaminya) kata nak datang.  
M :                      Dia memang dah marah betul kat PSP-M . . . dah macam tak  
                             mau mengaku anak lagi.

---

***Jadual 4.25: Kenyataan Mengenai Perubahan Sikap Bapa Terhadap PSP-M***

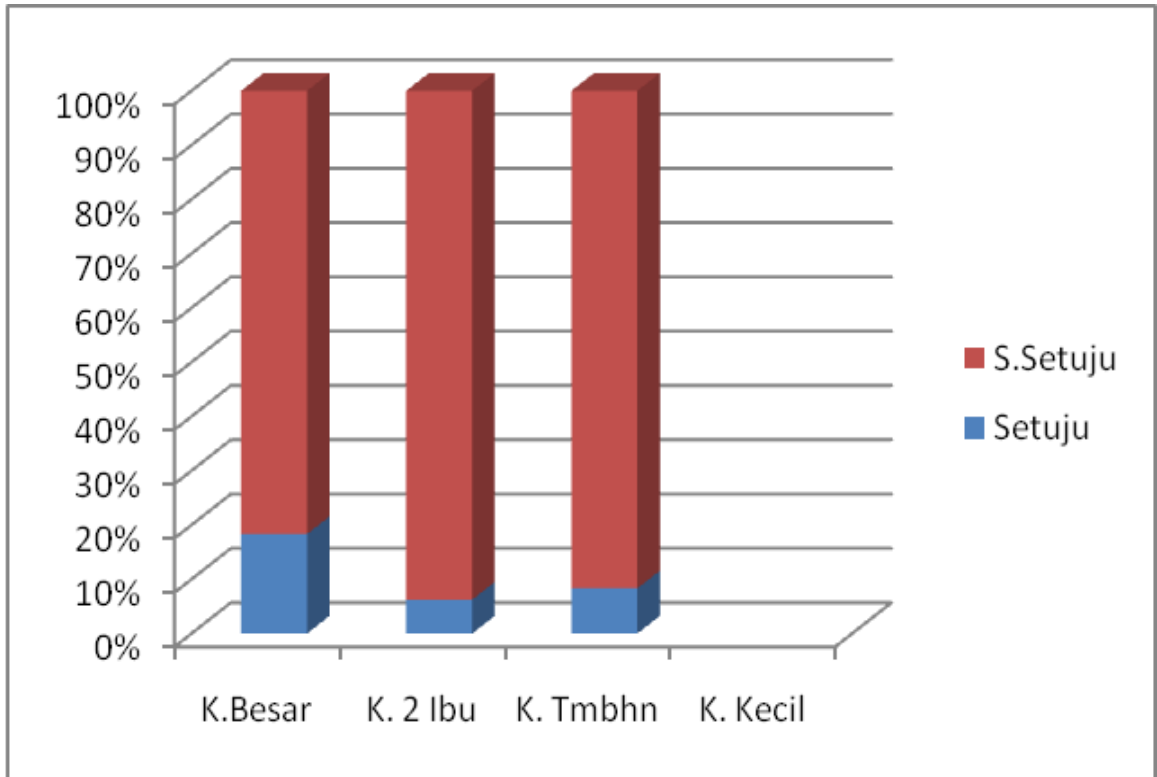
Terdapat pelbagai isu daripada pelbagai pihak yang mempengaruhi kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik Keluarga Tambahan. Sebagai contoh, Bapa lebih cenderung meminta abangnya (bapa saudara PSP-M) mewakili dirinya menghadiri sesi terapi dengan alasan beliau sibuk dengan kegiatan masyarakat dan persatuan. Ibu tidak boleh buat apa-apa apabila Bapa tidak mahu mengambil tahu lagi tentang apa yang terjadi kepada PSP-M. Bapa saudara dan anak-anak dan menantunya (sepupu PSP-M) tidak mempunyai cukup komitmen untuk membantu PSP-M. Mewakili Bapa Saudara dan ahli keluarganya, seorang Sepupu Perempuan PSP-M memberitahu mereka tidak dapat memberi komitmen yang diperlukan untuk membantu PSP-M. Walau bagaimana

pun, kehadiran Bapa PSP-M (setelah Ahli Terapi mengunjungi rumah dan berjaya memujuknya untuk hadir) pada sesi keempat, seterusnya sesi enam, tujuh dan lapan, menguatkan semula pakatan terapeutik kelompok ini dengan paksi kuasanya berpindah dari Bapa Saudara kepada Bapa. Keluarga Tambahan telah menamatkan lapan sesi rawatan dengan jayanya. Perbandingan verbatim di Jadual 19 dengan Jadual 20 menunjukkan perubahan sikap bapa PSP-M yang positif terhadap PSP-M.

Bukti kualitatif yang membentuk matrik perubahan Kelompok Keluarga Besar yang menunjukkan perbezaan metrik antara pra-sesi dan pasca-sesi rawatan adalah seperti pada Lampiran 5. Item-item yang dinilai adalah merupakan item yang digunakan dalam Borang Penilaian Proses Terapi (BPT).

### **(iii) Perubahan Jangka Masa Panjang**

Dalam menjalankan aktiviti susulan ke atas subjek kajian sepanjang bulan April - Mei 2011, pengkaji telah berkesempatan melawat dua keluarga, manakala dua lagi keluarga dihubungi melalui telefon. Soal selidik (IKMP.3) diedar kepada semua subjek kajian secara langsung dan secara melalui kiriman pos. Walau bagaimana pun hanya 19 dari 23 keping borang atau 82.6% yang berjaya dikumpul semula. Lain-lain kaedah mengumpul data seperti temubual berstruktur dan separa-struktur secara langsung dan melalui telefon, yang diaplikasikan sangat membantu dalam proses mendapatkan maklumat terakhir bagi kajian ini.



***Carta 4.8: Kelompok Kajian Yang Mengekalkan Pakatan Terapeutik Selepas Dua Tahun***

Keputusan keseluruhan IKMP.3 (Carta 4.8), menunjukkan Keluarga Besar mendapat peratusan skor 'setuju' 18.33%; 'sangat setuju' 81.66% (n=10), Keluarga Dua Ibu (n=4) mendapat skor 'setuju' 6.25%; 'sangat setuju' 93.75% dan Keluarga Tambahan (n=4) mendapat skor 'setuju' 8.33% dan 'sangat setuju' 91.66%. Keluarga Kecil gagal mengembalikan borang IKMP.3 sehingga tempoh penghantaran tamat.

Pendekatan triangulasi yang menggabungkan bukti-bukti kualitatif dan data kuantitatif yang diperoleh seperti keputusan respons subjek kajian terhadap item 14, IKMP.2 yang diedarkan pada akhir sesi rawatan, peratusan skor 'sangat setuju' IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 bagi komponen pendekatan rawatan CFT, sumber metrik, perubahan makna konsep utama, keputusan Borang Penilaian Proses Terapi (BPT) dalam bentuk kualitatif dan kuantitatif dan perubahan kelompok kajian, mendapati bahawa modul terapi yang digunakan dalam kajian ini (CFT) adalah sesuai digunakan untuk merawat subjek kajian dari kalangan orang-orang Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme.

#### **4.3 Keputusan Keseluruhan Penyelidikan**

Analisis ke atas bukti-bukti kualitatif dan maklumbalas yang diperoleh daripada pemerhatian pengkaji dan pembantu ahli terapi, kesimpulan ke atas hasil temubual berstruktur dan tidak berstruktur, refleksi subjek kajian, dan maklumbalas langsung daripada subjek kajian sepanjang proses terapi dan tempoh penyelidikan telah menemukan bukti-bukti kualitatif dan kuantitatif seperti di bawah ini. Kesemua bukti-bukti menjawab empat persoalan kajian yang telah dibentuk.

- i. Subjek kajian (PSP dan keluarga mereka), berjaya membina kelompok terapi masing-masing bagi membincangkan isu-isu dalam kalangan mereka dan menjadikan pencegahan relaps sebagai matlamat terapi mereka.



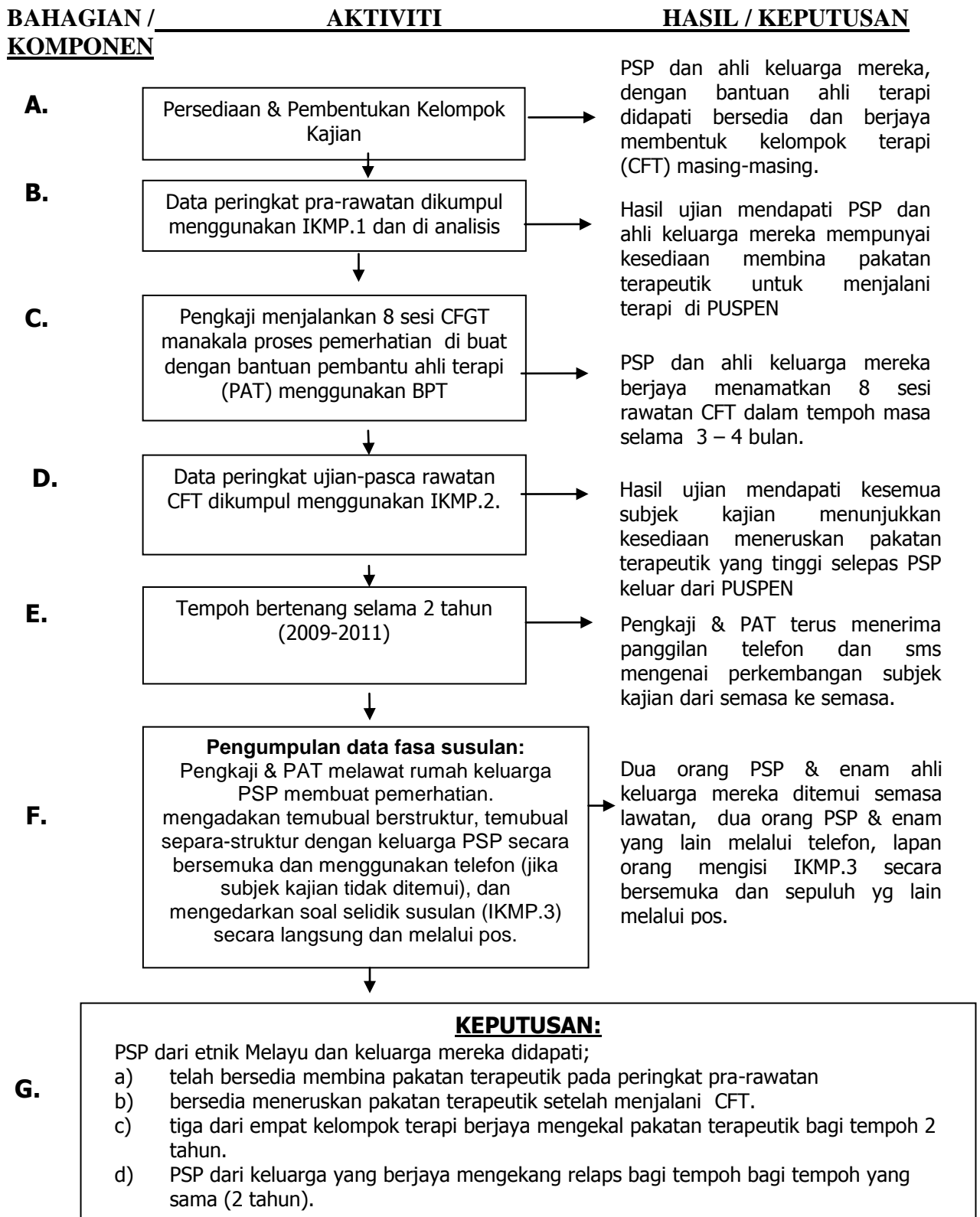
- ii. Subjek kajian telah menunjukkan kesediaan membina pakatan terapeutik sepanjang menjalani CFT dan telah berjaya menamatkan kesemua sesi rawatan.
- iii. Subjek kajian telah menunjukkan kesediaan mereka untuk meneruskan pakatan terapeutik walaupun setelah PSP menamatkan program pemulihan di PUSPEN.
- iv. PSP dan ahli keluarga mereka berupaya mengekalkan pakatan terapeutik dalam tempoh kritikal kepulihan selama dua tahun.
- v. Tiga dari empat keluarga yang telah berjaya mengekalkan pakatan terapeutik dalam keluarga mereka dan berjaya membantu ahlinya keluarga yang menagih (PSP) mengekalkan kepulihan atau kefungsiian hidup.
- vi. Identiti keluarga merupakan petunjuk kepada kesediaan PSP dan keluarga mereka membina dan meneruskan pakatan terapeutik, manakala kesetiaan kepada keluarga adalah petunjuk kepada kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik.
- vii. Modul terapi CFT didapati mesra budaya kolektivisme Melayu dan sesuai digunakan sebagai pendekatan rawatan subjek kajian.

#### **4.4 Rumusan**

Dalam Rajah 5.1 berikut menunjukkan ringkasan keseluruhan dapatan kajian yang dijalankan. Secara umumnya terdapat lapan fasa/aktiviti (A-G) yang dijalankan dan boleh diukur. Pencapaian pertama kajian ini iaitu (A) dan (C) merupakan bukti kualitatif mengenai kejayaan pengkaji menyediakan kelompok kajian dan kejayaan subjek kajian

menamatkan 8 sesi rawatan CFT jayanya. Data kuantitatif fasa / aktiviti (B) menyokong hujah (A) dan (C) dan menjawab persoalan pokok bahawa terdapat kesediaan dalam kalangan PSP dan keluarga mereka membina pakatan terapeutik. Andaian umum sebelumnya mengatakan adalah sukar untuk mengumpul dua kelompok ini dalam satu kumpulan kerana antara mereka terdapat hubungan yang tegang dan terlalu banyak perkara-perkara yang belum selesai '*unfinished business*'.

Data kualitatif dari fasa / aktiviti (D) menunjukkan terdapat kesediaan PSP dan keluarga mereka meneruskan pakatan terapeutik walau pun setelah PSP bebas dari PUSPEN. Dalam fasa bertenang setelah rawatan CFT (fasa E), pengkaji terus menerima maklumbalas mengenai PSP dan keluarga mereka khususnya berkenaan perkara-perkara atau perkembangan yang positif mengenai diri mereka. Setelah tamat tempoh kritikal kepulihan selama dua tahun, melalui pemerhatian secara langsung, temubual berstruktur dan tidak berstruktur dengan PSP dan keluarga mereka, perbualan telefon, data yang peroleh dari IKMP.3, pengkaji merumuskan dapatan kajian ini seperti di (F) iaitu i) Subjek kajian bersedia membina pada peringkat pra-rawatan ii) Mereka bersedia meneruskan pakatan terapeutik setelah menjalani lapan sesi CFT iii) Mereka berjaya mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh dua tahun (kecuali Keluarga Kecil), dan iv) PSP dari keluarga yang berjaya mengekalkan pakatan terapeutik juga didapati berjaya mengekang relaps bagi tempoh yang sama (dua tahun).



**Rajah 4.4: Rumusan Keseluruhan Bukti/Hasil Kajian**

#### **4.5 Penutup**

Pada keseluruhannya, empat persoalan kajian ini yang juga merupakan objektif yang dibina dalam kajian ini telah berjaya dicapai. Semua persoalan yang dikemukakan dalam kajian ini khususnya kesediaan PSP dan keluarga mereka, membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik sesama mereka telah dapat dihurai dan seterusnya akan dibincang dengan lebih lanjut dalam Bab 5 seterusnya.

## **BAB 5**

### **PERBINCANGAN**

#### **5.1 Pengenalan**

Persoalan utama kajian ini iaitu sama ada subjek kajian (PSP dan keluarga mereka), dalam situasi hubungan yang tegang antara mereka, bersedia mengenyapkan konflik yang ada dan membina pakatan terapeutik, telah terjawab. Penggunaan pendekatan rawatan yang mesra budaya kolektivisme Melayu (CFT) di dapati berupaya memperkasakan semula hubungan kekeluargaan, mendefinisikan semula nilai-nilai yang menghalang komunikasi berkesan dalam kalangan ahli keluarga, dan mengekalkan pakatan terapeutik keluarga bagi satu tempoh kajian yang panjang iaitu selama dua tahun. Pada keseluruhannya, kesemua persoalan kajian telah dapat dijawab melalui hasil kajian yang diperolehi. Seterusnya dalam Bab ini, perbincangan akan memperjelaskan lagi persoalan-persoalan kajian ini mengambilkira pelbagai aspek yang berkaitan.

#### **5.2 Idea Pelaksanaan Kajian**

Idea untuk melaksanakan kajian ini timbul daripada perasaan tidak puas hati dan rasa tanggungjawab terhadap ratusan ribu rakyat negara ini yang terlibat dengan penggunaan dadah, khususnya dari etnik Melayu dan Bumiputra yang merupakan sebahagian besar kumpulan tersebut. Pelbagai usaha telah dilaksanakan oleh Kerajaan mahupun badan-badan bukan kerajaan atau NGO untuk mengatasi masalah penagihan dadah ini. Ratusan ribu antara mereka yang telah dimasukkan ke pusat-pusat pemulihan dan jumlah yang

hampir sama kembali mengambil dadah atau relaps. Mengandaikan bahawa “penawar” kepada pelbagai gejala sosial (termasuk penagihan dadah) yang dihadapi oleh sesuatu masyarakat boleh diperoleh dalam budaya masyarakat itu sendiri, beberapa persoalan-persoalan yang timbul dalam fikiran dan hati pengkaji seperti, pertama “Apakah kekuatan yang ada dalam budaya Melayu yang sesuai digunakan dalam menangani penagihan dadah dan penagihan semula?” Jawabannya ialah kerjasama atau “gotong-royong. Kedua, dalam kes PSP, “Siapakah yang paling sesuai untuk mengambil tanggungjawab menggunakan kekuatan atau semangat bekerjasama ini untuk membantu PSP mengekang penagihan semula?” Jawabannya ialah keluarga PSP sendiri. Persoalan ketiga, “Bagaimana ini dapat dilakukan?” Jawabannya – membina pakatan terapeutik dengan bantuan pendekatan terapi yang mesra budaya Melayu dan multibudaya dengan memberi fokus kepada usaha menggembeling dan menyesuaikan teori psikoterapi Barat dengan nilai budaya Melayu dan agama Islam bagi memperkasakan semangat kekeluargaan, mengembalikan semangat gotong-royong dan kerjasama, meningkatkan keberkesanan komunikasi dan hubungan silaturahim. Dalam hal ini, American Psychological Association, *Guideline 2 – Knowledge* (2002), menyarankan untuk kaedah membina kompetensi dalam multibudaya, 1) *Interviewer strive to learn about multicultural groups, their history and their present concerns as a constantly ongoing process* 2) *Interviewer learn about helping processes in non Western cultures and seek to include them, as appropriate, in their own practice.*

Dapatan kajian ini menunjukkan pakatan terapeutik yang dibina menerusi terapi keluarga CFT telah berjaya bertahan melebihi dua tahun dari tempoh tamat rawatan. Ini tidak sukar untuk diterima kerana pendekatan yang digunakan sesuai dan sensitif kepada nilai-nilai budaya kolektivisme Melayu. Kepentingan kesesuaian pendekatan yang digunakan disokong oleh satu kajian klasik yang mendapati 50% daripada klien, daripada golongan minoriti, tidak datang semula untuk mendapat khidmat kaunseling setelah menjalani sesi pertama (Sue & Sue, 2003). Ini bermakna pendekatan yang lebih khusus kepada sesuatu budaya atau yang bersifat multibudaya diperlukan apabila pendekatan yang dibawa dari Barat berlandaskan budaya masyarakat Barat gagal mengatasi gejala sosial di dalam budaya Melayu itu sendiri. Kita tidak lagi boleh menyalahkan agama anuutan orang-orang Melayu kerana agama kerana orang-orang Melayu ramai yang menagih dadah. Begitu juga kita tidak boleh menyalahkan keluarga kolektivisme Melayu kerana terbukti sistem kekeluargaan yang menekan ikatan silaturahim dituntut dalam ajaran agama Islam.

Secara umum tema kesediaan membina dan mengekalkan pakatan terapeutik antara PSP (mempunyai latar belakang penagihan dadah) dengan keluarga mereka (bebas dadah) menjurus kepada rawatan kesemua subjek kajian secara kolektif bagi membantu PSP mengekang relaps. Berlandaskan nilai kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan semangat kerjasama atau berpakat (teras budaya kolektivisme Melayu), pengkaji mengandaikan bahawa kejayaan memperkasakan beberapa nilai dari ini budaya yang dikenalpasti menghalang kelicinan komunikasi dalam kalangan ahli keluarga, boleh menjana kesan terapeutik ke atas hubungan kekeluargaan. Seterusnya kesan terapeutik

ini membangkitkan kecenderungan dalam kalangan ahli keluarga untuk memahami masalah, keperluan, keinginan, serta harapan antara satu dengan lain. Ini penting bagi mendorong kerjasama antara mereka untuk memikul tanggungjawab membantu menstabilkan homeostasis keluarga khususnya membantu PSP mengekang relaps. Penggunaan pendekatan yang menggabungkan beberapa teori seperti Teori Sistem, Teori Budaya dan Multibudaya, Teori Identiti Sosial dan Konsep Kolektivisme, Perpektif Multibudaya Teori Adler dan Pembelajaran Sosial adalah sesuai dan menepati keperluan subjek kajian. Modul pendekatan keluarga integratif yang dibina menggabungkan teori Struktur (Structural Family Counseling), teori Adlerian dan Posmoden/Konstruktivisme Sosial, dalam bentuk Modul *Collective Family Therapy* (CFT), juga didapati sesuai dan mesra etnik Melayu sebagai pendekatan rawatan bagi PSP dan keluarga mereka yang mengamalkan budaya kolektivisme Timur. PSP daripada keluarga yang berjaya mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh penyelidikan (selama dua tahun) juga didapati berjaya mengekalkan kepulihan atau mengekang relaps bagi tempoh tersebut.



### 5.3 Konsep Kesetiaan, Identiti Keluarga dan Pakatan Terapeutik

Kesetiaan menjadi nilai yang disanjung tinggi dan diwarisi dari satu generasi ke satu generasi dalam budaya kolektivisme Timur khususnya masyarakat Melayu. “Kesetiaan kepada Raja dan Negara” menjadi salah satu Rukun Negara Malaysia hingga ke hari ini. Secara tradisi, rakyat amat takut dilabel sebagai ‘durhaka’ kepada Raja dan Negara. Kesetiaan kepada keluarga pula digambarkan melalui kecenderungan anak-anak untuk mengidentikasikan diri mereka dengan ibu bapa dan keluarga. Anak-anak pula takut didapat terima jika dikatakan sebagai ‘durhaka’ kepada ibu bapa kerana anak yang durhaka dikatakan ‘tidak akan mencium syurga’. Ajaran agama Islam jelas menguatkan kedudukan ibu bapa dan keperluan menguatkan ikatan silaturahim sesama ahli masyarakat dan keluarga. Kepentingan Raja, masyarakat ibu bapa dan keluarga perlu diutamakan mengatasi kepentingan peribadi. Kesetiaan dan identiti keluarga menjadi elemen penting yang secara berterusan sebagai pengikat yang mengeratkan hubungan silaturahim antara rakyat, masyarakat dan keluarga. Nilai-nilai ini juga adalah asas pakatan terapeutik yang kuat.

Pakatan terapeutik telah wujud dalam budaya tradisi masyarakat kolektivisme Melayu sejak zaman berzaman. Ia menjadikan gaya hidup yang berlandaskan kerjasama dan bergotong-royong amat sinonim dengan kehidupan orang-orang Melayu. Ikatan silaturahim yang erat antara PSP dengan keluarga mereka, dalam kajian ini dilihat sebagai sumber terapeutik sangat bernilai dan merupakan sumber kekuatan (*strength*) masyarakat kolektivisme Melayu. Dalam kajian ini, sumber kekuatan yang dijana oleh nilai kesetiaan dan identiti keluarga digunakan untuk mengatasi isu penagihan semula

atau relaps, dengan menggembelingkan PSP dan keluarga mereka dalam rawatan kelompok terapi keluarga (CFT) berlandaskan pakatan terapeutik.

Untuk membolehkan pakatan terapeutik dibina, keluarga perlu dilengkapi dengan pengetahuan yang menyeluruh mengenai kekuatan dan kelemahan mereka dari aspek hubungan mereka dengan PSP. Maklumat yang diberikan perlua juga meliputi isu-isu yang berkaitan dengan penagihan dadah dan punca-puncanya, proses rawatan, pemulihan dan kepulihan. Ini kerana keluarga juga adalah *codependent* dan boleh menjadi *enabler* atau orang yang menggalakkan ahli keluarga yang menagih untuk meneruskan penagihannya, di samping menjadi rakan atau orang-orang yang memberi sokongan dalam usaha PSP meninggalkan tabiat menagih dadah.

*Codependency* merujuk kepada corak hubungan yang mudah memberi justifikasi kepada masalah penagihan dalam keluarga dan alasan tentang perlunya ahli keluarga yang menagih diberi peluang untuk meneruskan penagihannya. Sebaliknya, *Enabler* merujuk tingkahlaku yang secara sedar bertindak untuk melindungi ahli yang menagih daripada menerima akibat tingkah laku penagihannya (Ruben, 2001). Dalam hal ini, ahli keluarga dikatakan keliru dalam membezakan antara tanggungjawab mengatasi penagihan dengan pernyataan rasa sayang terhadap ahli keluarga yang menagih. Dalam kajian ini, pengkaji lebih menitikberatkan nilai keluarga yang menjadi sumber kekuatan / terapeutik bagi membantu PSP mengekang relaps dan mengekalkan kefungsiian hidup mereka.

Berdasarkan perbincangan di atas, pengkaji berpendapat bahawa masyarakat yang mengalami masalah (contoh; penagihan dadah) boleh mencari kaedah menangani masalahnya dalam masyarakat mereka sendiri. Pandangan ini menekankan bahawa kekuatan yang ada dalam sesuatu sistem yang bermasalah itu boleh mengatasi masalah yang dihadapi ahli-ahlinya. Pandangan ini selari dengan pandangan Psikologi Positif yang menekankan pentingnya mengenalpasti sumber atau kekuatan yang sedia ada dalam diri individu yang bermasalah (klien), seperti pelbagai kaedah mengatasi masalah yang pernah digunakan sebelumnya oleh klien, diperbaiki dan digunakan semula untuk mengatasi masalah masa kini (Tyler, 1961).

#### **5.4 Perbincangan Persoalan Kajian**

Untuk memudahkan perbincangan persoalan-persoalan kajian yang dikemukakan pada awal laporan penyelidikan ini, pengkaji menyusun persoalan-persoalan tersebut mengikut urutan i) Adakah PSP dan keluarga mereka bersedia membina pakatan terapeutik untuk menjalani intervensi? ii) Adakah PSP dan keluarga mereka bersedia mereka meneruskan pakatan terapeutik (sekiranya mereka bersedia membinanya) setelah PSP menamatkan program pemulihan di PUSPEN? iii) Adakah PSP dan keluarga mereka bersedia mereka mengekalkan pakatan terapeutik, dalam kajian ini bagi tempoh dua tahun (tempoh kritikal kepulihan) dari tarikh mereka menamatkan rawatan CFT? iv) Apakah kesan kejayaan mengekalkan pakatan terapeutik ke atas keupayaan PSP mengekang relaps dalam tempoh kritikal dua tahun? v) Apakah PSP berpotensi mengekalkan kepulihan sekiranya dia dan keluarganya berjaya mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal dua tahun? vi) Apakah modul terapi yang digunakan

dalam kajian ini (CFT) sesuai sebagai pendekatan rawatan bagi subjek kajian daripada kalangan orang Melayu? Vii) Dalam kajian ini, antara faktor kesetiaan, identiti keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan, faktor manakah yang menjadi petunjuk kepada pembinaan, penerusan dan pengekalan pakatan terapeutik? Kesemua persoalan-persoalan yang dikemukakan dibentuk menjadi empat objektif kajian seperti berikut;

- i. Untuk mengkaji kesediaan PSP dan Keluarga mereka membina semula dan mengekalkan pakatan terapeutik
- ii. Untuk mengkaji kesan pengekalan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama dua tahun ke atas potensi keupayaan PSP mengekalkan kepulihan atau kefungsian hidup
- iii. Untuk mengenalpasti faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka, dan
- iv. Untuk meneroka kesesuaian modul terapi CFT (Collective Family Therapy) merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu.

Dalam perbincangan ini, selain daripada mengaitkan persoalan-persoalan yang dikemukakan dengan dapatan kajian, pengkaji juga memberi tekanan kepada nilai-nilai kesetiaan dan identiti keluarga budaya kolektivisme Melayu yang diperkukuhkan oleh ajaran agama Islam dan gaya hidup yang cenderung kepada mengangkat nilai hubungan silaturahim dan bekerjasama (gotong royong). Nilai-nilai ini menjadi asas kepada pembinaan pakatan terapeutik keluarga yang kuat dan sesuai untuk digunakan bagi merawat, memulih dan mengekang relaps dalam kalangan PSP. Kajian pengkaji Barat juga mendapati ajaran agama juga mempunyai korelasi yang signifikan dengan penagihan alkohol dan lain-lain masalah termasuk penagihan dadah (Drerup, Johnson & Bindl, 2011).

#### **5.4.1 Kesediaan Membina, Meneruskan dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik -**

Berdasarkan analisis perbincangan kritis, bukti-bukti kualitatif dan data deskriptif yang bersifat triangulasi yang telah di kemukakan, pengkaji telah merumuskan bahawa kajian ini berjaya mengenalpasti terdapatnya kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik pada tahap yang tinggi dalam kalangan PSP dan keluarga mereka untuk membantu PSP mengekang relaps.

Kajian ini juga berjaya membuktikan bahawa sumber terapeutik dalam bentuk nilai kesetiaan, identiti keluarga dan semangat bekerjasama, boleh menarik PSP dan keluarga mereka untuk duduk bersama dalam satu kelompok intervensi. Dengan bantuan ahli terapi mereka dapat berbincang mengenai pelbagai isu kepentingan bersama, termasuk mengenalpasti masalah-masalah berkaitan dengan penagihan PSP, dan mencari jalan

serta bersetuju mengambil tindakan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut secara kolektif. Dengan lain perkataan, pra-syarat kepada usaha untuk mengatasi pelbagai masalah dalam keluarga ialah komitmen PSP dan keluarga mereka untuk membina pakatan terapeutik sesama mereka. Manakala untuk merealisasikan matlamat membantu PSP mengekang relaps, ahli kelompok perlu melengkapkan diri mereka dengan kemahiran-kemahiran untuk membolehkan mereka menggunakan nilai terapeutik yang terhasil dari pakatan keluarga ini bagi menyediakan diri mereka untuk berdepan dengan proses kepulihan dan cabarannya.

Dalam kajian ini, kesediaan membina pakatan terapeutik juga didapati telah sedia wujud secara semulajadi dalam kalangan PSP dan keluarga mereka hasil daripada pendidikan agama dan mengamalkan nilai-nilai budaya kolektivisme khususnya kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan pentingnya silaturahim. Dapatan daripada pra-ujian menunjukkan semua item IKMP.1 mendapat skor positif ('bersetuju dan sangat bersetuju') 100%. Data yang dikumpul pada peringkat pra-rawatan lebih memperlihatkan pengaruh budaya kolektivisme secara semulajadi ke atas kesediaan membina pakatan terapeutik. Pengaruh nilai-nilai budaya seperti kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan kecenderungan bekerjasama atau berpakat (bergotong royong) pada peringkat pra-sesi dianggap sebagai tidak dicemari atau dipengaruhi oleh nilai-nilai yang disuntik melalui pendekatan rawatan CFT. Keputusan subjek kajian untuk membina pakatan terapeutik antara mereka dan membantu mengembalikan PSP ke pangkuan keluarga adalah merupakan kesan langsung daripada gaya hidup mereka

yang mengamalkan budaya kolektivisme Melayu secara turun menurun daripada satu generasi ke satu generasi.

Dalam budaya ini, berkata tidak bersetuju untuk bekerjasama demi masa depan ahli keluarga yang memerlukan pertolongan, dalam apa bentuk sekali pun akan menimbulkan rasa kurang senang dalam kalangan individu dan ahli keluarga yang lain. Individu yang terlibat akan dianggap sebagai mementingkan diri sendiri dan sekiranya ia merupakan ahli yang muda antara ahli keluarga ia mungkin ditegur atau dimarahi oleh ahli yang lebih tua. Bagi mengelakkan ketegangan dalam keluarga, ahli keluarga lebih selesa untuk mengamalkan *'blind faith'* atau kesetiaan yang 'membabi buta' dengan mengeneipkan sudut pandangan mereka dan menerima keputusan keluarga, terus bersetuju membina pakatan membantu ahli keluarga yang memerlukan bantuan. Lirik sebuah lagu Melayu lama yang sangat popular hingga ke hari ini nyanyian biduanita Saloma berjudul "Kasihnya Ibu", menggambarkan tahap-tahap kasih sayang ahli keluarga yang berbeza yang membentuk ikatan silaturahim yang kuat antara mereka.

*"Kasihnya ibu membawa ke syurga, kasihnya saudara masa berada . . .*

*Kasihnya ayah sanggupkah berpisah, kasihnya anaknya berkoban nyawa. . ."*

Bagi seorang ibu, kesediaan membina pakatan terapeutik adalah didorong oleh kasih dan sayangnya yang tidak terhingga, manakala bagi ahli keluarga ('saudara') selagi mereka 'berada' (termampu) mereka akan melakukan apa sahaja untuk membantu sesama sendiri. Kasih ayah adakalanya tidak ditunjukkan dengan belaian mesra tetapi memamirkannya melalui tanggungjawabnya yang tiada penghujung untuk mencari rezeki membesarkan anak-anaknya walau pun terpaksa meninggalkan keluarganya bagi tujuan tersebut. Dengan demikian, bagi seorang anak adalah menjadi harapan keluarga supaya membalas kasih sayang seluruh keluarga dengan sepenuh hati, malahan ke tahap "berkorban nyawa".

Perubahan masa mungkin membolehkan sebahagian ahli masyarakat Melayu sendiri, berpendirian bahawa pernyataan dalam bentuk bait-bait lagu ini sesuatu yang ideal dan tidak lagi sesuai dengan masa sekarang, terutamanya apabila terdapat pengaruh budaya luar yang lebih dominan ke atas masyarakat. Namun hakikatnya, nilai itulah yang dibuai dan disemai ke dalam hati dan naluri anak-anak dalam budaya kolektivisme Melayu sejak kecil. Kaedah memahami dan mendalami budaya hidup sesuatu masyarakat menerusi analisis sastera dan puisi sudah sering dilakukan oleh para pengkaji. Bagi subjek kajian yang berbangsa Melayu, untuk membangkitkan semangat kekeluargaan atau ikatan silaturahim yang erat di antara mereka ke tahap pakatan yang terapeutik, dapatan kajian ini menyarankan adalah lebih mudah biar pun dalam kalangan keluarga yang bermasalah.



Pengalaman pengkaji mendapati bahawa untuk meletakkan PSP dan ahli keluarga mereka dalam satu kelompok intervensi tidaklah sukar walaupun hubungan antara mereka sebelumnya dingin dan tegang. Malahan pelbagai masalah mungkin masih belum dapat diselesaikan antara mereka. Walau bagaimanapun kedua-dua pihak seakan ternanti-nantikan peluang untuk dapat duduk bersemuka dan berbincang dari hati ke hati tentang pelbagai isu antara mereka. Sistem teori menekankan konsep homeostasis yang berpandangan bahawa terdapat kecenderungan sistem keluarga mengimbangkan keadaannya dalam menghadapi perubahan Hook (2008). Apabila seorang ahli mengalami masalah, ahli-ahli yang lain akan bertindak balas untuk mengembalikan dinamika sistem keluarga kepada keadaan normal. Tindakan PSP dan ahli keluarga mereka untuk menyertai kelompok intervensi dengan sendirinya telah dapat diperjelaskan kecenderungan mereka untuk bekerjasama demi kepentingan keharmonian keluarga.

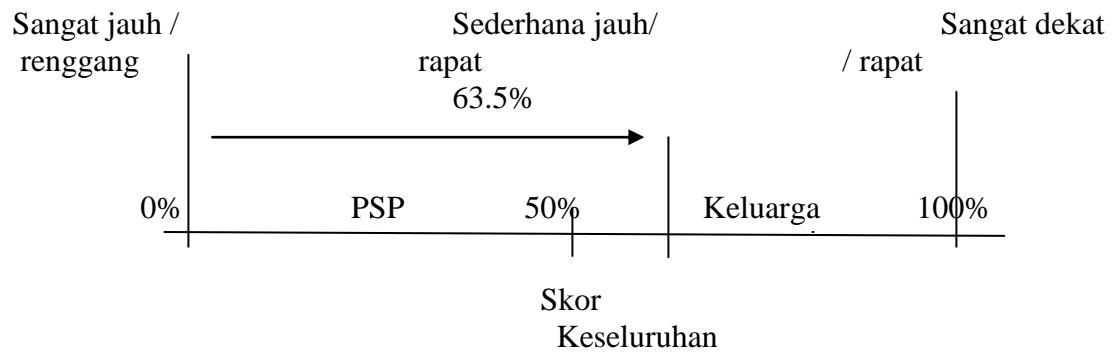
Pakatan terapeutik merujuk kepada kesediaan PSP dan ahli keluarga mereka membina hubungan yang erat yang boleh menyatupadukan mereka untuk membina matlamat kelompok, bersetuju dengan langkah-langkah yang perlu di ambil untuk mencapai matlamat, dan akhirnya komited dan bekerjasama untuk mencapai matlamat yang telah ditetapkan. Bukti-bukti kualitatif dan huraian deskriptif seperti kejayaan PSP dan keluarga mereka bersetuju untuk menyertai rawatan psikoterapi dan kelompok menamatkan terapi boleh diambil sebagai petunjuk untuk berhujah dan membuktikan pencapaian objektif kajian pertama iaitu terdapat kesediaan mereka membina pakatan terapeutik. Data kuantitatif yang juga menunjukkan persetujuan 100% subjek kajian

kepada semua item IKMP.1 termasuk item 13, (*Saya bersetuju bekerjasama dengan ahli keluarga saya sepanjang sesi rawatan dijalankan*), adalah selari dengan bukti-bukti kualitatif yang turut menerangkan kesediaan seluruh ahli kelompok kajian bersedia membina pakatan terapeutik. Item nombor 13, IKMP.2, “Saya akan terus bekerjasama dengan ahli keluarga walau pun setelah . . . saya (PSP) menamatkan program pemulihannya di PUSPEN” juga menghasilkan persetujuan 100%. Dapatan-dapatan ini selari dengan kajian Zall, Amran dan Ismail (2007) ke atas sekumpulan pelatih di sebuah PUSPEN di Sabah mendapati majoriti dalam responden mengatakan bahawa setelah mereka dibebaskan mereka berhasrat untuk pulang ke pangkuan keluarga. Ini boleh diambil sebagai indikator bahawa wujudnya asas yang kuat untuk PSP dan ahli keluarga mereka duduk bersemuka membincangkan masalah sesama mereka.

Bukti kedua yang menunjukkan kesediaan PSP dan keluarga mereka bersedia membina pakatan terapeutik ialah kejayaan ahli kelompok kajian menamatkan rawatan CFT. Purata peratusan kehadiran yang tinggi (81.4%), bagi kesemua lapan sesi rawatan boleh dikaitkan dengan kesungguhan ahli keluarga untuk memulihkan kestabilan homeostasis keluarga mereka khususnya membantu PSP mengekang relaps. Dari 37 orang subjek kajian, kehadiran yang dicatat ialah sesi empat dan lima mencatat kehadiran 33 orang ahli, 32 orang ahli hadir pada sesi pertama, 30 sesi ketiga dan sesi ke enam, 29 orang sesi 2, 27 orang sesi ke tujuh dan sesi ke lapan. Pendapat ini diperkuatkan lagi dengan wujudnya faktor-faktor seperti tempat tinggal ahli keluarga yang jauh (Selekoh, Perak; Seremban, Shah Alam) dari seting terapi dijalankan (Sg. Besi, Kuala Lumpur), kesibukan dengan pelbagai komitmen seperti urusan keluarga, kerjaya masing-masing

dan aktiviti masyarakat, di samping perbelanjaan yang diperlukan setiap kali mereka menghadiri sesi terapi. Dengan lain perkataan, kadar kehadiran yang tinggi adalah juga menggambarkan kesediaan ahli keluarga membina dan mengekalkan pakatan terapeutik.

Satu kajian mengenai persepsi jarak hubungan kekeluargaan dalam kalangan PSP dengan keluarga mereka juga menunjukkan PSP mempunyai persepsi yang positif terhadap keluarga mereka (Zall, Amran & Ismail, 2007). Analisis data-data yang perolehi meletakkan hubungan kekeluargaan mereka sebagai sederhana rapat iaitu pada titik 63.5% seperti yang ditunjukkan dalam Rajah 5.1. Ini bermakna, responden mempersepsikan hubungan mereka dengan keluarga mereka walaupun tegang tetapi masih agak rapat. Dengan adanya lain-lain faktor yang sesuai dengan cita rasa responden seperti pendekatan yang sensitif kepada nilai-nilai responden dan ahli terapi yang juga daripada etnik Melayu, responden akan lebih bersedia dan mudah didorong untuk membina pakatan terapeutik antara mereka.



Sumber: Zall Kepli, Amran & Ismail (2007)

**Rajah 5.1: Persepsi Jarak Hubungan Kekeluargaan Di Antara PSP Dengan Keluarga Mereka**

Rajah 5.1 menunjukkan PSP mempersepsikan hubungan dengan keluarga mereka masih agak rapat. Dalam hal ini, walaupun persepsi PSP tidak mewakili persepsi ahli keluarga mereka terhadap fenomena yang sama, namun keadaan ini membentuk asas yang positif kepada kesediaan membina pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dengan keluarga mereka. Bagi pihak keluarga pula, walaupun mereka marah dengan tingkah laku PSP yang menagih dadah, perasaan sayang mereka terhadap PSP dapat digambarkan dengan kehadiran mereka di pusat-pusat pemulihan dan penjara pada hari-hari yang mereka dibenarkan membuat lawatan atau hari-hari kebesaran seperti Hari Raya. Ini sesuai dengan perumpamaan Melayu, "Sebusuk-busuk daging, dibasuh, dimasak, dimakan juga" yang bermaksud sejahat manapun seseorang anak atau ahli keluarga itu, ia tetap 'darah daging' keluarga dan ia perlu diterima setelah ia berubah.

#### 5.4.2 Keupayaan PSP Mengekalkan Kepulihan Dalam Tempoh Kritikal

##### Pemulihan (Dua Tahun)

Kajian ini mendapati, setelah dua tahun dalam tempoh rawatan CFT, 3 daripada PSP (subjek kajian) masih mengekalkan kepulihan dan mempunyai hubungan yang erat dengan keluarga mereka. Ini selari dengan laporan yang dikeluarkan oleh NIDA mengenai kesan yang berpanjangan terapi Multidimensional Family Therapy (MDFT) yang melibatkan pembinaan hubungan antara remaja yang menyalahguna dadah dan ibu bapa mereka. Setahun selepas rawatan, peserta remaja yang menerima rawatan Multidimensional Family Therapy (MDFT) mempunyai kurang masalah yang berkaitan penggunaan dadah dan secara umum didapati telah bertambah baik daripada segi ukuran tingkahlaku dan kesihatan mental (Sherman, 2010). Ini menunjukkan hubungan atau pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka yang baik mempunyai kesan berpanjangan ke atas keupayaan PSP mengekang relaps.

Pengumpulan data kualitatif terakhir, setelah tempoh penyelidikan tamat (selama dua tahun), dilakukan menggunakan kaedah pemerhatian, temubual berstruktur, tidak berstruktur dan tidak formal, melalui perbualan telefon (bagi mereka yang tidak dapat ditemui). Manakala data kuantitatif dikumpul menggunakan soal selidik susulan atau IKMP.3 dengan mengedarnya kepada subjek kajian secara langsung atau melalui pos. Dari segi pemerhatian, pengkaji dan PAT bersetuju bahawa tiga buah keluarga (Keluarga Besar, Keluarga Dua Ibu dan Keluarga Tambahan) didapati berjaya mengekalkan pakatan terapeutik. Begitu juga maklum balas yang terima daripada temubual, sama ada dengan PSP atau ahli keluarga mereka, mendapati bahawa tiga

keluarga di atas berjaya mengekalkan pakatan terapeutik melepasi tempoh kritikal kepulihan penagihan dadah selama dua tahun. Lain-lain bukti yang memberansangkan ialah seorang PSP (PSP-M) telah berkahwin dan isteri, dan tinggal dengan ibu mertuanya tidak jauh dari rumah ibunya. Manakala seorang yang lain (PSP-Z) berjaya menjadi ahli perniagaan dalam bidang jualan langsung dan telah dilantik menjadi Pengurus Cawangan syarikatnya di Alor Setar dan telah bertunang dalam tahun ini (2011). PSP-M telah pulang tinggal dengan keluarganya setelah tinggal dan bekerja di Pulau Langkawi selama setahun.

PSP keempat (PSP-A) dan keluarganya tidak dapat ditemui tetapi berjaya dihubungi menggunakan telefon. Borang IKMP.3 yang diedar menggunakan perkhidmatan poslaju kepada Ibu Keluarga Kecil bagi pihak ahli keluarga yang lain tidak dikembalikan. Walau bagaimana pun, pengkaji dan PAT berjaya menebual PSP-A, ibunya dan Adik Bungsunya untuk mendapat maklumat mengenai perkembangan mereka. Dari maklumat yang peroleh dari perbualan telefon, pengkaji membuat kesimpulan bahawa Keluarga Kecil gagal mengekalkan pakatan terapeutik. PSP membuat keputusan untuk tidak berhenti mengambil dadah sepenuhnya, tetapi memilih untuk menyertai program *Methadone Maintenance Treatment* (MMT). Walau pun MMT diterima secara sah sebagai pendekatan rawatan di negara ini, bagi pendekatan rawatan kajian ini, keputusan PSP-A menyertai program MMT dianggap sebagai kegagalannya untuk mencapai matlamat CFT untuk bersama-sama keluarganya mengekang relaps. Keadaan lebih serius lagi apabila Ibu PSP-A memberitahu bahawa “PSP-A jatuh teruk, dan telah mula mencampurkan metadon dengan ‘ice’ (*syabu*).” PSP-K dan isterinya juga mengesahkan

bahawa PSP-A ada mengirim sms kepada mereka yang menyatakan keinginannya membunuh diri. Adik Bungsu PSP-A melaporkan A bergaduh teruk dengan bapanya.

Daripada perspektif CFT, isu di antara PSP-A dengan bapanya wujud sebelum penglibatan PSP-A dan keluarganya di dalam sesi CFT. Walau pun, perhatian khusus diberikan kepada hubungan Bapa dan ahli keluarga yang lain sebagai punca utama kebanyakan masalah dalam keluarga mereka termasuk penceraian Bapa dan Ibu PSP-A, dan masalah penagihan dadah PSP-A, ketiadaan Bapa dalam sesi terapi CFT menyebabkan penyelesaian masalah tidak sampai ke akar umbi dan bersifat sementara. Seperti yang telah diramalkan oleh pengkaji dan ahli Kelompok Kecil semasa proses CFT dijalankan, masalah dalaman Keluarga Kecil boleh berbangkit semula apabila ahli keluarga, khususnya Ibu dan PSP-A berurusan dengan bapa mereka.

Data kuantitatif yang dikumpul menunjukkan terdapat respons seratus peratus positif ('bersetuju dan sangat bersetuju') di berikan kepada semua item IKMP.3. Keadaan ini merupakan perulangan persetujuan seratus peratus yang berikan pada semua peringkat kajian iaitu pra-rawatan, pasca-rawatan pertama dan pasca-rawatan kedua (selepas dua tahun). Peratusan persetujuan adalah tinggi dan mengatasi peratusan ujian sebelumnya tidak kira sama ada bagi tujuan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik, sama ada dengan sedikit intervensi ahli terapi seperti melalui 1 sesi psikopendidikan (KMP.1) , intervensi ahli terapi yang banyak (IKMP.2), atau tidak ada intervensi ahli terapi (IKMP.3). Ini bermaksud secara semulajadi (dengan bantuan nilai-nilai yang mendasari budaya kolektivisme etnik Melayu) pendekatan rawatan yang

menekankan pakatan terapeutik adalah diterima dan pakatan terapeutik di antara PSP dengan ahli keluarga mereka (subjek kajian) boleh dibina. Apabila PSP dan ahli keluarganya bersetuju untuk berbincang, intervensi menggunakan pendekatan CFT dapat membantu memperkasakan nilai-nilai yang menjadi sumber terapeutik di dalam budaya amalan keluarga mereka dan meningkatkan lagi penerimaan pendekatan rawatan.

	Kesetiaan	Identiti Keluarga	Pendekatan Rawatan
IKMP.1	52%	66.11%	62.75%
IKMP.2	73%,	75.63%	67.55%.
IKMP.3	91.67	80.56%	79.17%

***Jadual 5.1: Skor Peratusan IKMP Pada 3 Tahap Penyelidikan***

Peningkatan peratusan skor ‘sangat bersetuju’ yang diperoleh pada peringkat pasca-rawatan kedua (IKMP.3) didapati amat ketara khususnya bagi komponen kesetiaan kepada keluarga. Peningkatan respons subjek kajian pada skala Likert bagi semua komponen IKMP.2 pada tahap pasca-rawatan, berbanding dengan tahap respons pada pra-ujian boleh dikaitkan dengan pengaruh nilai-nilai yang disuntik melalui pendekatan rawatan CFT. Ini kerana data dikumpul dalam pasca-ujian data yang mengandungi input kesan rawatan CFT. Dengan demikian, peningkatan skor ‘sangat bersetuju’ pada peringkat pasca-rawatan menggambarkan kesungguhan PSP dan keluarga mereka mengaplikasikan nilai-nilai yang perkasakan melalui suntikan nilai CFT dan penilaian semula nilai yang dikenalpasti menghalang kelicinan komunikasi dalam kalangan keluarga subjek kajian (Melayu).



Seperkara lagi yang juga menarik dari peratusan skor 'sangat setuju' pada Jadual 5.4 ialah peratusan bagi komponen kesetiaan kepada keluarga (91.67%) mengatasi komponen identiti keluarga (80.56%). Ini dikatakan menarik kerana kedudukan skor 'sangat setuju' kesetiaan (73%) pada peringkat pasca-rawatan pertama adalah lebih rendah dari identiti keluarga (75.63%) pada peringkat yang sama. Pendirian pengkaji dalam hal ini ialah pengaplikasian nilai-nilai yang disuntik ke dalam nilai amalan subjek kajian dapat dilakukan secara berperingkat-peringkat mengikut kemampuan keluarga masing-masing. Dalam tempoh dua tahun ahli keluarga dapat memahami nilai-nilai baru ini dengan lebih mendalam, menerima dengan ikhlas dan mengaplikasi secara yang lebih sesuai dengan amalan budaya mereka.

#### 5.4.3 Kesesuaian Modul CFT Responden Dengan Dari Etnik Melayu

Modul terapi keluarga CFT yang digunakan mengambil kira dapatan kajian-kajian lalu menunjukkan bahawa pendekatan berasaskan keluarga seperti MDFT adalah lebih efektif daripada rawatan aktif dan perkhidmatan biasa yang diberikan kepada penagih dadah untuk mengurangkan penggunaan dadah mereka dan memperbaiki kadar kepulihan (Lochman & Steenhoven, 2002). MDFT juga didapati meningkatkan kawalan ibu bapa ke atas subjek kajian khususnya semasa pelaksanaan intervensi yang aktif. Ini juga memenuhi kriteria penilaian kawalan saintifik ke atas pelaksanaan sampel klinikal yang rawak. Dalam hal ini, Henderson, Rowe, Dakof, Sam dan Liddle (2009) bersepakat mengatakan bahawa MDFT berlaku seiring dengan proses keibubapaan. Keputusan ini meletakkan asas kepada penyelidikan menggunakan faktor keluarga sebagai mediator kepada lain-lain sampel kajian.

Dalam menggembeling dua ahli kelompok yang berbeza (PSP dan ahli keluarga) untuk mencapai matlamat terapi (mengekang relaps), pengkaji menggunakan pendekatan multibudaya bagi memenuhi keperluan pihak subjek kajian di samping sensitif kepada budaya Melayu dan sub-budaya dadah. Penekanan kepada kepelbagaian dan multibudaya telah menjadi perkara yang penting dalam perhubungan menolong di seluruh dunia (Ivey & Ivey, 2007). Teori Kaunseling dan terapi juga telah mengambil pelbagai langkah untuk menggunakan teori tradisi dalam bentuk yang lebih menghormati aspek-aspek budaya (Ivey, D'Andrea, Ivey, & Simek-Morgan, 2002). Dengan demikian, pendekatan CFT yang menawar peluang untuk melihat PSP daripada sudut pandangan mereka sendiri sebagai berbeza daripada ahli keluarga yang

tidak menagih dadah, dalam hal ini adalah selari dengan saranan para pengkaji semasa dan pertubuhan-pertubuhan yang mewakili mereka seperti Persatuan Kaunseling Amerika (ACA) dan Persatuan Psikologi Amerika (APA).

Persoalan mengenai kesesuaian CFT digunakan ke atas subjek dalam kalangan PSP Melayu dan ahli keluarga mereka mungkin menjadi isu yang perlu diberi perjelasan dan dipertahankan. Dalam kajian ini, penggunaan pendekatan yang sensitif kepada nilai-nilai budaya etnik Melayu dan penekanan yang kuat kepada perspektif multibudaya, Modul CFT berjaya menggabungkan PSP dan ahli keluarga mereka untuk mengeneipkan pelbagai isu dan perasaan yang belum selesai seperti perasaan tidak puas hati, marah, dendam dan sebagainya demi kepentingan memupuk tali silaturahim. Asas kepada cara hidup orang-orang Melayu (budaya kolektivisme) turun temurun adalah kehidupan bermasyarakat yang saling bergantung dengan mengutamakan nilai kesetiaan, identiti keluarga dan bergotong royong. Apabila CFT selari dan tidak menentang nilai-nilai asas masyarakat Melayu, dijalankan oleh orang Melayu (pengkaji) dan bertutur dalam bahasa Melayu, maka tentunya ia lebih mudah diterima oleh subjek kajian daripada kelompok etnik Melayu.

Perspektif multibudaya yang ditekankan oleh CFT menjadikan kedua-dua pihak tidak perlu merasa terbeban oleh kesalahan atau punca penagihan PSP. CFT menyarankan supaya tanggungjawab terhadap masalah penagihan dadah PSP diterima secara kolektif. Ini bersesuaian dengan konsep *co-dependent* yang mengaitkan penagih dan ahli keluarga mereka sebagai berkongsi fenomena yang sama yang digambarkan daripada segi sikap,

persepsi dan tingkahlaku. Penerimaan perspektif kolektivisme mengaitkan sikap, persepsi dan tingkah laku ahli keluarga penagih yang cenderung melindungi penagih berpunca daripada kesetiaan dan identiti keluarga. Sebagai contoh, ibu melindungi anak yang menagih dadah adalah disebabkan tanggungjawabnya sebagai ibu.

Dalam kajian ini, semakin banyak sesi ahli kelompok menjalani terapi, semakin kuat semangat mereka untuk merealisasikan matlamat kelompok yang mereka bina bersama, walaupun tidak semua ahli kelompok (keluarga), menyertai program intervensi ini secara sukarela. Kenyataan daripada PSP-M dari Keluarga Tambahan seperti, ” *Ini alamat dan nombor telefon adik saya. . . tak tahulah kalau dia dah tukar nombor baru. . . tapi saya tak yakin bapa saya datang . . . adik saya mungkin . . . (datang)*” semasa menyatakan keinginannya menyertai projek penyelidikan ini, boleh diambil bahawa terdapat keengganan pihak bapa PSP-M untuk turut menyertai projek kelompok intervensi yang dicadangkan. Ramalan PSP-M benar apabila bapanya hanya mula menyertai kelompok intervensi hanya beberapa sesi terakhir setelah bapa saudara dan ahli keluarganya membuat keputusan menarik diri daripada menyertai kelompok kerana tidak mahu terlibat secara serius dalam urusan PSP-M. Di akhir sesi terakhir, secara terbuka PSP-M berkongsi tentang perasaan terhadap bapanya, ” *Sebenarnya dulu saya takut nak cakap dengan Bapa, tapi hari (sekarang ini) saya rasa seronok sebab dah boleh berbincang dengan Bapa*”. Lain-lain contoh boleh dirujuk pada Jadual 5.1. seperti di bawah ini.

<b>Bil.</b>	<b>Penyampai</b>	<b>Kenyataan Sebelum Menjalani CFT</b>	<b>Kenyataan Selepas Menjalani CFT</b>
1.	PSP-K (Keluarga Dua Ibu)	(Serba salah) Saya nak masuk program ni . . . tapi keluarga saya tinggal di Selekoh, Perak. Tak taulah diorang boleh datang ke tidak. Encik . . . boleh kita <i>try</i> tak?	Terima kasih encik, semua keluarga saya datang sesi kali ini. Dulu saya tak berani nak bercakap dengan abang-abang saya (dari Ibu Pertama), tapi sekarang dah ok.
2.	PSP-Z (Keluarga Besar):	Encik cubalah kontek nombor telefon tu. Kalau diorang tak datang tak apalah. . .	Alhamdulillah, saya rasa dah clear dengan semua keluarga saya.
3.	PSP-A (Keluarga Kecil)	Saya tak pasti saya boleh berubah atau tidak (menggunakan pendekatan CFT). . . sebab saya dah try banyak kaedah, tapi tak berjaya.	Sekarang saya rasa keluarga saya dah faham apa masalah sebenar kami sekeluarga. Inilah yang penting . . .
4.	Adik Perumpuan (PSP-M):	Mak dan adik-adik, saya ingat saya boleh ajak dia orang datang. (Pause) Bapa. . . saya rasa payahlah nak ajak dia.	Saya macam tak percaya Bapa datang (mengikuti sesi terapi).
5.	Emak PSP-A:	Saya rasa susahlah nak duduk berbincang dengan A, dia tak mau cerita masalah dia dengan kami. Tapi saya harap sangatlah, kali ini dia mahu cerita masalah dia.	<i>I happy</i> sangat, dia dah mahu <i>share</i> masalah dia dengan kita.

**Jadual 5.2: Kenyataan Subjek Kajian Sebelum & Selepas Menjalani CFT**

Perbandingan kenyataan sebelum dan selepas menjalani sesi CFT responden seperti dalam Jadual 5.1 memberi gambaran yang jelas mengenai perubahan yang dialami oleh subjek kajian dari segi i) keyakinan mereka terhadap kesediaan ahli keluarga membinapakan terapeutik dan mereka komitmen mengamalkannya ii) keyakinan mengenai pendekatan rawatan CFT. Bukti-bukti kualitatif ini juga saling menyokong persoalan pertama mengenai kesediaan membina pakatan terapeutik. Kajian Zall Kepli (1984) yang mendapati ‘penerimaan masyarakat’ sebagai perkara yang paling merunsingkan PSP apabila memikirkan hari-hari setelah mereka dibebaskan masih lagi relevan berdasarkan kenyataan PSP pada Jadual 5.2. Walau bagaimana pun, persepsi mereka terhadap sokongan sosial (ahli keluarga) adalah meleset dalam kontek keluarga yang mengamalkan nilai-nilai budaya kolektivisme. Jadual 5.3 sebaliknya menjelaskan bahawa persepsi PSP mengenai ketiadaan ‘penerimaan masyarakat’ adalah lebih merupakan persepsi mereka sendiri yang dibayangi oleh dosa dan kesalahan mereka terhadap keluarga.

Keyakinan PSP dan ahli keluarga mereka kepada pendekatan rawatan CFT bukan sahaja tertumpu kebolehbersamaan mereka di dalam satu kelompok intervensi yang tidak pernah berlaku sebelumnya, tetapi perhatian juga diberikan kepada komitmen dan kesungguhan ahli kelompok untuk sama-sama mencapai matlamat kelompok. Kini secara kolektif, seluruh ahli keluarga memasang tekad untuk mengatasi masalah mengekang relaps sebagai masalah bersama.

#### 5.4.4 Keupayaan PSP Mengekalkan Kepulihan Melalui Pakatan Terapeutik

Mengamalkan pakatan terapeutik di dalam kehidupan berkeluarga dalam konteks budaya kolektivisme juga merujuk kepada meletakkan semula PSP pada posisi asalnya di dalam keluarga. Kesetiaan kepada keluarga dan identiti keluarga memerlukan PSP akur kepada peraturan-peraturan atau norma dan nilai yang menjadi tradisi keluarganya. Sebagai contoh, keupayaan 3 orang PSP dari 3 kelompok keluarga kajian berjaya mengekalkan relaps atau mengekalkan kepulihan boleh dikaitkan dengan keupayaan pengekaln pakatan terapeutik. Ini dapat diperhatikan dengan jelas melalui pertemuan pengkaji dengan PSP dan keluarga mereka dalam lawatan ke rumah keluarga masing-masing. Bercakap tentang satu lagi pendekatan keluarga (MDFT) yang dipeloporinya, Liddle (2002b) berkata, "*Consistent with results from our other trials, outcomes of MDFT appeared to improve even after therapists completed their work with teens and families,*" Pengekalan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka adalah pada peringkat susulan penyelidikan adalah kesan berpanjangan rawatan CFGT. Kenyataan Liddle di atas menyokong kesan jangka panjang yang boleh di peroleh melalui penggunaan pendekatan keluarga.

Bukti-bukti yang lain yang dikumpul untuk menghurai persoalan ini ialah pemerhatian, temubual berstruktur dan tidak berstruktur, perbualan telefon dan mencatat refleksi ahli keluarga dan melalui edaran borang soal selidik susulan IKMP.3. Pengakuan mereka dan ahli keluarga mereka mengenai kejayaan PSP menghindari dadah juga adalah bukti penting kejayaan yang mereka kecapai. Sebagai contoh, bagi PSP-Z, bukti utama mengenai keupayaannya mengekang relaps adalah diperolehi

dari pengesahan Ibu, Bapa dan ahli keluarganya, selain dari pengakuan bertulis dan maklumat yang diperoleh melalui temubual dengan beliau sendiri.

#### **5.4.5 Interaksi Di Antara CFT, Nilai Budaya Kolektivisme & Keupayaan PSP**

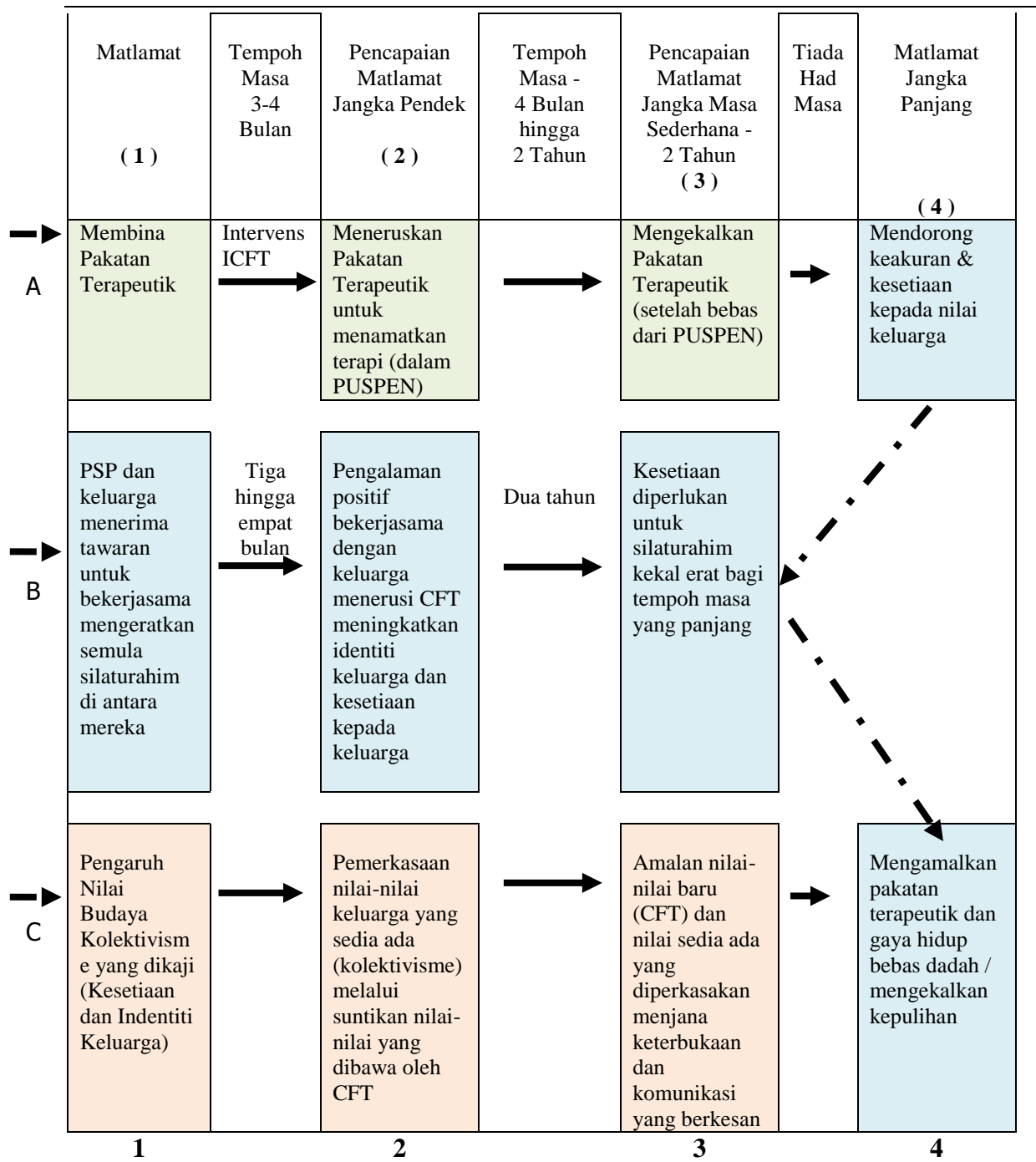
##### **Mengekal Kepulihan**

Persoalan yang mungkin sangat penting diperjelaskan dalam kajian ini ialah, “Bagaimanakah CFGT membantu keluarga dan PSP (subjek kajian) mengekang relaps atau mengekalkan kepulihan? Secara umum, menurut Van Wormer dan Davis (2008);

*”Family therapy, even in only a few sessions, can be invaluable in reducing the significant others’ feelings of guilt or confusion. Family therapy, moreover, can be invaluable in preparing the family for changes that are needed to enhance and maintain the addicted person’s recovery. . . the anger and resentment that significant others harbor need to be addressed before a recovering family member can returned to the family setting.”*



Dalam kajian ini, kesediaan PSP dan ahli keluarga memasuki dan menganggotai kelompok intervensi, kesediaan mereka membina, meneruskan, dan seterusnya mengamalkan pakatan terapeutik dalam sistem kekeluargaan mereka, memberi ruang dan peluang seluas-luasnya kepada semua ahli keluarga pelbagai perasaan negatif yang belum diselesaikan antara mereka seperti marah dan rasa benci. Rasa bersalah dan kekeliruan dapat di atasi setelah ahli keluarga berjaya mengenalpasti dan menerima masalah penagihan dalam kalangan mereka secara kolektif. Dengan demikian mereka boleh didorong untuk membina matlamat terapi (mengekan relaps / mengekalkan kepulihan) yang sepunya, merancang dan bekerjasama untuk memilih dan mengambil langkah-langkah terbaik untuk mencapai matlamat terapi (matlamat keluarga) yang mereka dibina bersama. Hanya setelah pakatan terapeutik yang sedemikian terbina, peluang untuk PSP pulang ke pangkuan keluarga adalah cerah dan menjadi lebih bermakna.



**Rajah 5. 2: Interaksi Di Antara CFT, Nilai Budaya Kolektivisme Yang Dikaji dan Keupayaan PSP Mengekang Relaps Atau Mgekalkan Kepulihan**

Rajah 5.2 menunjukkan interaksi antara CFT, nilai budaya Kolektivisme yang dikaji dan keupayaan PSP mengekang relaps atau mengekalkan kepulihan. CFT tidak bertindak secara langsung membantu PSP mengekang relaps atau mengekalkan kefungsiian hidup mereka. Pada peringkat pembinaan pakatan terapeutik (A1), budaya kolektivisme (C1) mempengaruhi sendiri pengamalnya menerusi nilai budaya kolektivisme (B1) untuk membina pakatan terapeutik. Seterusnya intervensi CFT membantu PSP dan keluarga mereka (subjek kajian) merangsang mereka untuk meneruskan amalan pakatan terapeutik untuk menamatkan sesi terapi semasa PSP masih berada dalam PUSPEN (A2). Pengalaman menjalani terapi CFT (B2) memberi ruang dan peluang kepada PSP dan keluarga mereka untuk membincangkan masalah dalam kalangan mereka secara langsung dan terbuka. Seterusnya pemeraksanaan nilai-nilai budaya kolektivisme yang dikaji terhasil dengan adanya suntikan nilai-nilai baru menerusi CFT (C2). Keputusan untuk meneruskan pakatan terapeutik setelah PSP bebas dari PUSPEN merupakan kesan segera atau jangka pendek lapan sesi rawatan CFT. Keputusan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan ahli keluarga mereka untuk melalui tempoh kritikal kepulihan selama dua tahun adalah keputusan mereka (subjek kajian) yang dilakukan secara sukarela atau tanpa campur tangan ahli terapi (pengkaji). Keputusan mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh yang lama (contoh, dua tahun) memerlukan tahap kesetiaan yang tinggi. Sekiranya tahap kesetiaan ini dicapai, ia memberi peluang yang lebih luas kepada mereka untuk lebih memahami dan mengaplikasikan kaedah berkomunikasi yang berkesan disuntik melalui CFT. Hasilnya ialah pemeraksanaan nilai-nilai kolektivisme (kesetiaan, identiti keluarga, semangat kerjasama dan hubungan silaturahim yang erat) dan amalan

pakatan terapeutik yang berterusan (2). Pemerkasaan nilai kesetiaan sebagai contoh, menuntut PSP mengamalkan kehidupan tanpa dadah yang juga merupakan nilai yang dipegang kuat oleh keluarga mereka. Dengan demikian, keakuran kepada nilai budaya keluarga (A4) inilah yang membantu PSP kembali mengamalkan kehidupan tanpa dadah dengan sokongan yang diperolehi melalui amalan pakatan terapeutik dalam kalangan keluarga mereka (C4).

Sebagai rumusan, CFT sesuai dijadikan pendekatan untuk menyuntik nilai pakatan terapeutik ke dalam kehidupan PSP dan keluarga mereka. Untuk matlamat jangka masa pendek, CFT membantu i) menggalakkan perbincangan secara langsung antara PSP dan keluarga mereka ii) mengenalpasti punca masalah iii) berpakat menentukan matlamat kelompok intervensi, dan iv) mengambil langkah dan tindakan bersama mencapai matlamat kelompok (mengekan relaps). Untuk matlamat jangka masa panjang, pencapaian matlamat akhir (kehidupan PSP yang bebas dadah) adalah kesan daripada penerapan semula amalan pakatan terapeutik sebagai nilai asas budaya PSP dan keluarga mereka bagi tempoh yang lama. CFT sekadar menyemarakkan semula pakatan terapeutik sebagai nilai utama budaya subjek kajian (kolektivisme) pada peringkat awal kajian iaitu pada satu hingga tiga bulan pertama.

#### 5.4.6 Kesesuaian CFT Dengan Nilai Kolektivisme Melayu

CFT melihat masalah sosial berpunca daripada tindakan ahli sesuatu budaya melanggar nilai-nilai utama budayanya sama ada secara sengaja atau terpengaruh oleh budaya asing yang mempunyai pertentangan nilai dengan budaya asalnya. Sebagai contoh, minum arak adalah masalah sosial dalam masyarakat kolektivisme Melayu kerana tingkah laku tersebut adalah “haram” di sisi Islam dan Islam adalah nilai utama masyarakat Melayu kolektivisme. Sebaliknya, jika sesuatu tingkah laku itu dipersetujui oleh majoriti ahli masyarakatnya sebagai satu kelaziman, maka ahli yang mengamalkan tingkah laku itu tidak dianggap mempunyai masalah sosial. Dengan demikian, untuk mencari kaedah menangani isu minum arak yang sesuai dengan nilai masyarakat Melayu, kita perlu melihat ke dalam budaya kolektivisme Melayu itu sendiri. Kaedah yang dibawa masuk dari budaya masyarakat Barat sebagai contoh, bukan kaedah menangani masalah minum arak tetapi lebih berfokus kepada kaedah menangani penagihan arak. Ini kerana minum arak bukan masalah dalam budaya barat tetapi lebih merupakan masalah dalam budaya kolektivisme Melayu yang berpaksikan agama Islam.

CFT menekankan bekerja dalam kelompok pakatan terapeutik adalah cara terbaik menangani masalah sosial khususnya kelompok keluarga. Dalam kajian ini, pengkaji percaya kaedah terbaik bagi menangani relaps dalam kalangan ahli masyarakat Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme adalah dengan menumpukan kepada usaha mempengaruhi dan merubah tingkah lakumelalui pemerkasakan nilai-nilai kerjasama, kesetiaan kepada keluarga dan identiti keluarga. Pendekatan kelompok keluarga dipilih untuk mencapai matlamat kesepakatan dan kerjasama dalam kalangan ahli keluarga.

Dalam budaya keluarga kolektivisme Melayu, usaha mencapai matlamat membina pakatan terapeutik menjadi lebih mudah dengan wujudnya nilai-nilai kesetiaan dan identiti keluarga sebagai teras dan nilai murni yang telah sedia subur sejak zaman berzaman (Ismail, 1991). Menurut Thoragren dan Kleist (2002), gandingan intervensi keluarga dengan pendekatan pakatan terapeutik dalam proses kelompok, boleh membentuk asas yang baik bagi tujuan penerokaan dan meningkatkan sokongan sosial yang diperlukan untuk merubah tingkahlaku yang telah dikenal pasti. Pandangan ini sesuai dengan matlamat kajian untuk menggabungkan ahli terapi, klien (penagih separa pulih) dan ahli keluarga mereka yang berasal daripada satu etnik dan keluarga tetapi berbeza daripada segi pendirian dan persepsi terhadap penggunaan dan penyalahgunaan dadah, ke dalam satu kelompok intervensi yang menekankan pakatan terapeutik.

Seterusnya, CFT memberi penekanan kepada usaha mengintegrasikan nilai spiritual (ajaran Islam) dengan pendekatan psikososial. Bagi etnik Melayu, nilai-nilai murninya dikaitkan secara langsung dengan ajaran agama Islam yang merupakan agama rasmi hampir kesemua orang-orang Melayu (Van Der Kroef, 1965; Husin, 1979). Sebagai contoh, mengeratkan silaturahim bukan sahaja menjadi ciri utama budaya kolektivisme Melayu tetapi juga merupakan keperluan yang disandarkan kepada ajaran agama Islam. Konsep masyarakat dalam Islam adalah berasaskan sistem perhubungan dan persaudaraan. Surah al-Hujurat, ayat 10 mengatakan, "Sesungguhnya orang-orang yang beriman itu bersaudara."

Islam juga menyediakan pelbagai suruhan dan larangan bagi memperkasakan silaturahim dalam kalangan umatnya, khususnya kalangan ahli keluarga. Antara lain melarang anak-anak bercakap kasar atau meninggi suara bila bercakap dengan ibu bapa (Surah Al-Israa', ayat 23-24), menetapkan 'bapa' (lelaki) sebagai ketua keluarga (Surah, an-Nisâ`/4:34), dan meletakkan 'bin' atau 'binti' kepada nama nama anak-anak sebagai identiti keahlian individu dalam sesuatu keluarga. Islam juga menggalakkan permuafakatan dan bertolong-tolongan sesama ummah dalam pelbagai aktiviti harian seperti solat berjemaah, ziarah menziarahi, zakat fitrah (Surah Al-Maidah, ayat 2) dan sebagainya. Segala perintah dan larangan Allah SWT menjadi suatu tanggungjawab dan kewajipan untuk dilaksanakan dan dipatuhi oleh setiap orang yang mengaku dirinya Islam. Perbuatan-perbuatan yang boleh merosakkan perpaduan ummah seperti memfitnah, mengumpat dan sebagainya adalah dilarang dan sekiranya dilakukan juga akan menyebabkan berlakunya perpecahan masyarakat dilarang di dalam Islam.

CFT percaya kepada kepelbagaian dan menghormati perbezaan individu dalam bentuk multibudaya. Dengan multibudaya, pengkaji bermaksud bahawa pentingnya subjek kajian menerima dan memahami sub-budaya penagih dadah (PSP) terutamanya mengenai persepsi mereka terhadap dunia mereka, kesan dadah ke atas pemikiran dan emosi, kecenderungan untuk kembali ke pangkal jalan, punca pengambilan dadah dan kesukaran untuk berhenti menagih dadah. Keupayaan mendorong ahli keluarga menghargai kepelbagaian dan cuba memahami perbezaan individu daripada sudut pandangan multibudaya memberi kemenangan awal kepada usaha kelompok untuk membina pakatan terapeutik. Dalam hal ini, Corey (2008) memperakui bahawa keluarga

boleh membantu mendefinisi klien (PSP) secara penuh hormat dan mengiktiraf kepelbagaian nilai yang diamalkan.

Pengalaman mengintegrasikan nilai, spiritual dan matlamat ahli kelompok dalam CFT merupakan sesuatu yang memberangsangkan. Penggunaan panggilan ganti nama kakak, abang, makcik dan sebagainya dalam sesi terapi lebih mirip kepada nilai budaya Melayu yang mencerminkan rasa saling menghormati. Sikap terbuka ahli terapi kepada cadangan-cadangan ahli kelompok kajian seperti membaca doa pada awal dan akhir sesi, atau sekadar membaca Fatihah sahaja menjadikan sesi terapi keluarga yang dijalankan satu ritual yang diamalkan dalam budaya kolektivisme Melayu. Sambutan hari lahir PSP dan ahli keluarga yang lain dipersetujui diadakan sebaik sahaja sesi berakhir. Dalam acara ‘makan-makan’ ibu diminta menyuap makanan kepada PSP dan anak-anak yang lain walau pun masing-masing sudah memasuki usia 30an hingga 50an. Setelah anak-anaknya disuap dengan makanan, ibu menitis air mata. Kata ibu dari Keluarga Dua Ibu, *”Emak tak pernah merasa bahagia macam ni seumur hidup mak . . .”* (Sesi Keenam Keluarga Dua Ibu). Komen PSP-K, *”Saya tak pernah sambut hari jadi sebelum ini. Tak sangka umur dah tua macam ini . . . di tempat ini (dalam Puspen), saya dapat sambut hari jadi saya dengan keluarga. (Terharu) Saya tak tahu nak kata apa . . . saya bersyukur sangat.”* Keikhlasan menjalinkan hubungan silaturahim amat dirasakan apabila nilai-nilai terapeutik sebegini diintegrasikan ke dalam sesi terapi. Menurut Corey (2009a) adalah menjadi tanggungjawab kaunselor untuk menilai keperluan klien berdasarkan etnik, budaya dan isu yang membawa klien berjumpa dengan mereka.



Matlamat ahli kelompok dapat digembelingkan menjadi matlamat sepunya apabila isu-isu yang menghalang kelancaran komunikasi antara mereka dapat di atasi. Isu seperti fungsi dan hak-hak PSP atau ahli keluarga yang lain sebagai individu dan sebagai ahli keluarga. CFT menekankan hak untuk menyatakan perasaan dan pandangan tetapi terlebih dahulu menggariskan cara penyampaian yang sesuai dengan budaya Melayu. CFT menggalakkan keterbukaan tetapi terlebih dahulu tentang kebaikan bersikap terbuka dari perspektif psikologi dan kesihatan. Walaupun mengekang relaps merupakan matlamat yang ditentukan oleh ahli terapi, pelaksanaannya terlebih dahulu dibincangkan bersama ahli kelompok untuk mendapat persetujuan bersama.

#### 5.4.7 Pengintegrasian Teori

Kebanyakan amalan terapi keluarga dilaksanakan berlandaskan Sistem Teori (Corey, 2005b). Namun demikian, Nichols and Schwartz (2004) juga berpendapat bahawa terapi keluarga sedang bergerak ke arah integrasi. Adalah tidak masuk akal sekiranya tumpuan hanya diberikan hanya kepada satu model dan mengenyahkan model-model yang lain yang juga mempunyai kekuatan masing-masing. Menurut Hanna dan Brown (2004) lazimnya, walau pun ahli terapi yang memberi tumpuan kepada pasangan dan keluarga menjalankan amalan mereka menggunakan landasan teori sistem, kebanyakan ahli terapi keluarga menggabungkan konsep dan teknik daripada pelbagai orientasi teoretikal untuk mendapatkan satu gabungan berdasarkan latihan, personaliti, dan populasi keluarga yang menjadi klien mereka.

Pendekatan Adlerian yang pada asalnya memberi fokus kepada sendiri sebagai lokus perubahan dan tanggungjawab (Corey, Corey, & Callanan, 2009). Sebaliknya CFT meminjam konsep susunan kelahiran dan konstelasi keluarga Adlerian yang dianggap relevan dalam budaya kolektivisme Melayu tetapi menekankan kepada sendiri keluarga. Ahli kelompok kajian di dapati tidak menunjukkan kesukaran untuk meneroka pengalaman masa lampau, memori semasa kecil, dan pengalaman keluarga. Walau pun dalam hal ini, Carlson dan Carlson (2000) ada menyarankan supaya ahli terapi berhati-hati dan perlu memahami kepercayaan yang dikaitkan dengan budaya berhubung dengan menceritakan kisah lampau terutama kisah yang memalukan atau "*Seperti membuka pekung didada*" (Perumpamaan Melayu). Ahli terapi yang berasal daripada etnik yang sama didapati tidak mengalami masalah untuk memahami sensitiviti dan kepercayaan

yang dibentuk oleh nilai dan budaya klien. Proses penerokaan berjalan dengan baik apabila semua ahli kelompok diberi penjelasan mengenai pentingnya penerokaan dan bagaimana pelbagai masalah keluarga sekarang boleh dicari puncanya pada masa lampau atau sejarah keluarga.

Dalam kajian ini, penggunaan pendekatan multibudaya di dapati sangat sesuai. PSP dilihat sebagai berbeza daripada ahli keluarga mereka setelah melalui proses akulturasi daripada budaya majoriti Melayu kepada sub-budaya dadah. Situasi ini membezakan mereka daripada keluarga mereka dalam banyak perkara khususnya isu yang berhubung dengan penyalahgunaan dan penagihan dadah. Umumnya, masyarakat majoriti memutuskan penyalahgunaan dadah sebagai tingkahlaku yang menyeleweng daripada nilai-nilai budaya dan menyalahi undang-undang. Sebaliknya, bagi PSP menggunakan dadah adalah sesuatu yang penting bagi memenuhi pelbagai keperluan yang tidak dapat mereka penuhi melalui lain-lain cara. Setelah kedua-dua pihak ini dibawa untuk melihat dan memahami isu ini daripada dua perspektif yang berbeza, maka komunikasi antara mereka akan dapat diperbaiki. Jelas di sini perbezaan persepsi dan pandangan antara PSP dengan keluarga mereka adalah didorong oleh keperluan untuk mempertahankan cara hidup yang terbina di atas landasan kepercayaan dan nilai budaya yang berbeza. Menurut Corey dan rakanya (2009), multibudaya merupakan satu realiti yang tidak boleh dinafikan oleh para pengamal terapi sekiranya mereka berharap menyediakan khidmat yang dapat memenuhi keperluan klien mereka daripada pelbagai kumpulan budaya. Menurut Sue dan Sue (2008) pula, kini terdapat pergerakan ke arah pembinaan teori multibudaya kaunseling dan terapi yang berasingan. Tindakan pengkaji dalam

menggunakan teori kaunseling secara integratif dan multibudaya ke atas klien daripada etnik Melayu tetapi berbeza daripada segi nilai berkaitan dengan tingkah laku menyalahguna dadah adalah dipercayai sesuai dan memenuhi keperluan mereka daripada segi budaya.

Teori identiti menyarankan asas budaya kolektivisme adalah berteraskan ketaatan dan identiti keluarga (Tajfel, 1982). Setiap keputusan biar pun bersifat peribadi, sebelum diputuskan perlu mempertimbangkan kepentingan keluarga. Oleh itu perhubungan yang mencapai tahap pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka yang mengamalkan budaya kolektivisme dapat dicapai dengan agak mudah dengan adanya kesetiaan dan identiti keluarga. Kepercayaan kepada agama Islam yang menjadi teras kepada wujudnya nilai-nilai menekankan perpaduan dan ikatan silaturahim yang kuat dalam kalangan ummah (subjek kajian). Sebagai contoh, Johnson, Amatetti, dan Johnson (1988) melaporkan bahawa dalam sampel pelajar kolej, kepercayaan negatif terhadap pengambilan alkohol atau dadah adalah dipengaruhi oleh pegangan /ajaran agama, pengaruh sosial dan kesejahteraan spiritual yang secara langsung atau tidak langsung menghalang penggunaan alkohol atau keinginan mengambilnya.

Dalam kajian ini, penggunaan pendekatan yang bersifat integratif (CFT) dengan menggabungkan beberapa teori seperti Teori Sistem, Teori Adler, identiti sosial multibudaya dan pakatan terapeutik menjadi satu bentuk pendekatan intervensi keluarga adalah didapati sesuai. Pendekatan integratif dicirikan oleh sifat keterbukaannya kepada

beberapa kaedah untuk mengintegrasikan pelbagai teori dan teknik dengan tujuan untuk membentuk pendekatan integratif bukan eklektik (Norcross, Karpiak, & Lister, 2005).

Dalam kajian ini, usaha untuk mengintegrasikan beberapa teori dan tidak tertumpu kepada satu teori yang tertentu sahaja dianggap menepati garis panduan sebagai pendekatan integratif yang disarankan oleh (Norcross, 2005; Norcross & Beutler, 2008). Penggunaan CFT didapati sesuai dan berkesan sebagai satu pendekatan rawatan ke atas kelompok kajian empat buah keluarga daripada etnik Melayu di semenanjung Malaysia, Walau bagaimana pun, usaha untuk memurnikan pendekatan ini adalah diperlukan sebelum digunakan secara meluas dalam kalangan etnik Melayu Malaysia.

CFT bersifat integratif dan multibudaya dengan menggabungkan teori-teori psikoterapi tradisional Barat iaitu sistem teori, budaya kolektivisme, teori multibudaya dan pembelajaran sosial. Pengisiannya adalah gabungan input-input terpilih daripada budaya kolektivisme Melayu seperti menerima masalah dan tanggungjawab kegagalan dan kejayaan ahli keluarga sebagai tanggung jawab bersama (kolektif), mengekalkan kuasa dan pembahagian kuasa dalam keluarga, membina dan memberi makna kepada susur galur keluarga, menjalinkan pakatan terapeutik dan hubungan kerja, membaca do'a pada permulaan dan pada akhir sesi, menekankan kepada kepercayaan agama dan spiritual. Nilai-nilai universal yang bersesuaian, serasi dan dianggap penting disuntik ke dalam budaya kehidupan keluarga Melayu untuk memperkasakan nilai-nilai yang ada. Antara lain ialah keterbukaan, memberi dan menerima maklumbalas, konfrontasi,

perkongsian dan perluhan perasaan. Beberapa konsep yang penting seperti “kurang ajar” atau “biadap”, “durhaka” perlu didefinisi semula untuk melicinkan komunikasi.

Sebagai kesimpulan, dalam kajian ini dari segi pendekatan rawatan, CFT berjaya membentuk pendekatan integratif teori-teori, dan kaedah triangulasi yang menggabungkan nilai-nilai budaya kolektivisme Melayu, spiritual, dan matlamat sepunya dalam kalangan ahli kelompok.

#### **5.4.8 Pengaruh Nilai CFT Ke Atas Penerusan & Pengekalan Pakatan Terapeutik**

Sebagai sebuah modul terapi yang memberi perhatian dan sensitif kepada budaya kolektivisme, CFT turut menyuntik nilai-nilai yang menjadi asas kepada terapi dan kaunseling yang berasal dari Barat seperti empati, menerima dan menghargai perbezaan ahli keluarga secara individu, perluhan perasaan negatif dan konfrontasi dengan terlebih dahulu memberi penekanan kepada penyesuaian dan pengserasian dengan budaya Melayu. Nilai-nilai ini disuntik ke dalam budaya subjek kajian bertujuan untuk memperkasakan nilai mereka yang sedia ada bagi meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik. Nilai-nilai yang dibawa oleh CFT ini walau pun mungkin agak asing kepada nilai-nilai budaya asal subjek kajian, namun pendekatan dan penerapan yang dibuat secara yang sesuai dan berhati-hati menjadikan ia mudah diterima dan diaplikasikan oleh subjek kajian dalam kelompok dengan bimbingan ahli terapi.

Bukti penerimaan nilai yang dibawa oleh CFT dapat dilihat pertama, daripada perubahan yang ditunjukkan oleh subjek kajian dalam proses terapi seperti keterbukaan,

kesediaan mendengar dan memahami masalah PSP daripada perspektif PSP sendiri, kesediaan menerima tanggungjawab mencapai matlamat kelompok (mengekan relaps) secara kolektif, menggunakan kemahiran konfrontasi dan perluhan perasaan. Kesesuaian dan penerimaan nilai-nilai suntikan yang memperkasakan nilai mereka yang sedia ada, ditunjukkan melalui respons subjek kajian kepada 14 item IKMP.2.

Terdapat perbezaan peratusan secara nisbah di antara IKMP.1 dengan IKMP.2, skor 'sangat setuju' bagi item 13 dan 14 IKMP.2. Pertama, apabila data bagi IKMP.2 dikumpul setelah menjalani 8 sesi CFT, peratusan skor 'sangat setuju' yang diperolehi adalah lebih tinggi daripada skor peratusan 'sangat bersetuju' yang dikumpul menggunakan IKMP.1 pada peringkat pra-sesi. Peningkatan komponen kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan IKMP.2 berbanding dengan IKMP.1 secara nisbah peratusan, menggambarkan berlaku penerimaan nilai suntikan (CFT) dan peneguhan nilai yang sedia ada dalam kalangan subjek kajian menjalani proses terapi. Seperti data yang diperolehi dari IKMP.1, identiti keluarga merupakan komponen IKMP yang mendapat skor 'sangat setuju' tertinggi diikuti oleh kesetiaan kepada keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan. Seperti data yang diperolehi pada IKMP.1, identiti keluarga merupakan komponen yang mendapat skor 'sangat setuju' tertinggi, tetapi ini diikuti oleh persepsi terhadap pendekatan rawatan dan seterusnya kesetiaan kepada keluarga. Ini bermaksud kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka lebih didorong oleh identiti kekeluargaan yang digambarkan dengan perkataan yang sering digunakan oleh subjek kajian iaitu 'keluarga kita'. Semangat

kekitaan mendorong kecenderungan mereka untuk berpakat dan bekerjasama membantu ahli yang memerlukan. Namun untuk meneruskan pakatan terapeutik yang telah dibina, data IKMP.2 menunjukkan bahawa kesetiaan kepada keluarga perlu dipertingkatkan lagi mengatasi persepsi terhadap pendekatan rawatan. Bagi subjek kajian, untuk meneruskan pakatan terapeutik, kesetiaan adalah lebih diperlukan daripada sekadar bersetuju untuk berpakat membina sesuatu perhubungan. Ini dibuktikan lagi apabila data yang dikumpul pada akhir tempoh penyelidikan (dua tahun setelah sesi CFT dijalankan), menunjukkan tiga dari empat kelompok kajian yang mengekalkan pakatan terapeutik terus meningkatkan kesetiaan mereka kepada keluarga mengatasi identiti keluarga dan persepsi terhadap pendekatan rawatan.

Peratusan skor yang tinggi bagi item 13, IKMP.2 (persetujuan meneruskan pakatan terapeutik setelah PSP bebas dari PUSPEN) juga secara langsung dan menyeluruh menunjukkan persetujuan subjek kajian untuk meneruskan pakatan terapeutik adalah juga tinggi. Hujah ini disokong oleh data yang diperolehi item 14, IKMP.3 ( ‘setuju’ 20% dan ‘sangat setuju’ 80%) iaitu kesediaan subjek kajian mengesyorkan CFGT kepada PSP lain dan keluarga yang menghadapi masalah yang sama. Persetujuan ini bermaksud subjek kajian merasa selesa dan berpuas hati dengan proses terapi yang mereka jalani. Lazimnya individu perlu terlebih dahulu berpuas hati atau suka kepada sesuatu benda atau perkara sebelum ia cenderung untuk mengesyorkannya kepada orang lain.



#### **5.4.9 Nilai Yang Menjadi Petunjuk Kepada Kesediaan Membina, Meneruskan Dan Mengekalkan Pakatan Terapeutik**

Untuk mengenalpasti nilai yang menjadi petunjuk kepada tiga tingkahlaku yang berbeza, dalam kajian ini data yang diperoleh dari IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3 digunakan untuk analisis. Ini merupakan kelebihan pendekatan yang menggunakan gabungan data kualitatif dan kuantitatif untuk menghurai sesuatu persoalan. Dalam pendekatan ini, pengkaji tidak terikat kepada satu sudut pandangan sahaja apabila beliau mendapati ada sesuatu bukti daripada sudut pandangan lain yang juga perlu ditonjolkan sebagai bahan bukti. Sebagai contoh, adalah sukar untuk menunjukkan A lebih baik daripada B secara tanpa data yang bersifat kuantitatif, sekurang-kurangnya dalam bentuk jumlah respons atau peratusan. Demikian juga halnya apabila kita cuba mengenalpasti atau menentukan petunjuk kepada pembinaan, penerusan dan pengekaln pakatan terapeutik. Bagi tujuan itu, walaupun data kuantitatif yang diperoleh daripada ujian pra dan pasca adalah dalam kuantiti yang kecil, namun dalam kajian ini gambaran yang diperoleh dari analisis deskriptif data yang terkumpul dapat menunjukkan perbezaan yang munasabah di antara tiga nilai yang berkemungkinan menjadi faktor petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik.

Identiti keluarga didapati merupakan faktor paling menonjol bagi kecenderungan membina dan meneruskan pakatan terapeutik dalam kalangan subjek kajian. Perbincangan di atas (perkara 5.4.1) adalah berkaitan. Pengkaji berpendirian, kesimpulan ini adalah sesuai selagi ia tidak bertujuan untuk digeneralisasikan dan sekadar menghurai kedudukan nilai-nilai yang dikaji dalam situasi penyelidikan ini sahaja. Manakala nilai yang menjadi petunjuk kepada keupayaan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan ahli keluarga dengan PSP adalah nilai kesetiaan kepada keluarga.

Kedua-dua dapatan ini adalah menarik untuk dibincangkan dengan terlebih dahulu memahami perbezaan kedua-dua konsep ini. Dalam kajian ini, kesetiaan bermaksud mewujudkan ikatan emosi dan tahap keakuran yang tinggi terhadap keluarga seperti bersedia mengorbankan kepentingan diri demi kepentingan keluarga. Manakala identiti keluarga bermaksud mengaitkan diri atau mengidentifikasikan diri dengan sesuatu kelompok atau keluarga tanpa melibatkan ikatan emosi dan keakuran yang tinggi. Untuk membina dan meneruskan pakatan terapeutik subjek kajian hanya perlu memberi keutamaan kepada hubungan kekeluargaan dan pentingnya mengekalkan hubungan yang baik antara mereka. Sebagai contoh, menagih dadah boleh dilihat sebagai tanda individu tidak setia kepada keluarga dan tidak akur kepada norma dan nilai amalan keluarga, namun PSP masih mengekalkan identiti keluarga mereka. Mereka masih memakai 'bin' bapa mereka dan masih mengidentifikasi diri mereka dengan keluarga mereka. Hubungan sebegini mungkin boleh bertahan dalam masa yang singkat dan penting sebagai asas kepada permulaan satu hubungan jangka panjang. Sebaliknya bagi

hubungan panjang, kesetiaan merupakan faktor yang penting untuk memastikan hubungan yang mesra dan berterusan. PSP perlu membuktikan kepada keluarganya bahawa mereka benar-benar berubah (tidak mengambil dadah) sekiranya mereka mahu hubungan tersebut berkekalan. Ahli keluarga perlu membuktikan kesungguhan mereka untuk membantu PSP mengekang relaps demi kesejahteraan keluarga yang mereka sayangi.

#### **5.4.10 Proses Kelompok**

Analisis proses terapi penting untuk membuat kajian yang lebih mendalam mengenai apa yang berlaku dalam satu-satu sesi yang dijalankan. Goldenberg dan Goldenberg (2008), berpendapat bahawa adalah lebih bermakna sekiranya penyelidikan yang memberi fokus kepada keputusan tidak terbatas kepada melihat efikasi terapeutik secara umum semata-mata. Sebaliknya adalah lebih baik sekiranya analisis kajian turut menentukan kondisi bagaimana terapi yang digunakan boleh dikaji dengan lebih berkesan, jenis keluarga, etnik subjek kajian atau latar belakang kelas sosial mereka, kategori masalah atau situasi, tahap kefungsi keluarga, teknik terapeutik, objektif atau matlamat rawatan dan sebagainya. Dengan menganalisis proses terapi yang dijalankan banyak perkara yang tidak dapat dinyatakan dalam bentuk kuantitatif dapat di analisis dan dihuraikan secara deskriptif berdasarkan pemerhatian penyelidik atau ahli terapi.

Dalam hal ini, Goldenberg dan Goldenberg (2008) berpendapat, semua bentuk psikoterapi perlu menghasilkan jawapan sama ada mengenai keberkesanan prosedur yang digunakan, kos yang terlibat lebih murah (*cost-effective*), kurang mendedahkan ahlinya kepada bahaya, dan sama ada keputusan yang hasilkan dapat bertahan untuk tempoh yang lebih lama berbanding dengan lain-lain prosedur. Walau pun kajian ini tidak membandingkan CFT dengan lain-lain prosedur, reka bentuk kajian ini turut menggunakan alat (IKMP 1 & 2) untuk mengukur perbezaan pra dan pos rawatan yang akan menghasilkan kesan terapi ke atas klien.

#### **5.4.11 Perbincangan Hasil Kajian Keseluruhan**

Matlamat jangka pendek kajian ini ialah untuk melihat kesediaan PSP dan keluarga mereka membina dan meneruskan pakatan walaupun setelah PSP bebas dari PUSPEN. Manakala matlamat jangka panjang ialah pertama, untuk melihat keupayaan PSP dan keluarga mereka mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh selama dua tahun setelah subjek kajian menjalani rawatan CFT dan kedua, untuk melihat sejauhmana hasil pengekalan pakatan terapeutik antara PSP dan keluarga mereka membantu PSP mengekang relaps. Untuk menghasilkan keputusan yang menyakinkan, pengkaji membuat triangulasi dengan menggabungkan pencerapan proses CFT, analisis data kualitatif dan kuantitatif BPT, IKMP.1, IKMP.2 dan IKMP.3, temubual berstruktur dan tidak berstruktur dan perbualan telefon.

Pakatan mempamerkan tiga aspek penting terapeutik iaitu ikatan atau perasaan yang dimiliki oleh antara seorang ahli kelompok dengan lain, tahap persetujuan yang wujud antara mereka mengenai matlamat terapi, dan kaedah yang mereka akan ambil untuk mencapai matlamat yang dibina bersama (Bordin, 1979). Jadual 5.6 mempamerkan 11 item yang diperhatikan dalam proses CFT yang dijalankan. Aspek ikatan atau perasaan yang dimiliki oleh ahli kelompok terhadap satu sama lain diwakili oleh item ialah hubungan antara PSP dengan ahli keluarga, menyatakan rasa “sayang”, meluahkan perasaan negatif (sedih, rasa tidak puas hati, marah, benci dendam, dll.) dan menghormati satu sama lain. Item yang mewakili persetujuan yang wujud antara mereka mengenai matlamat terapi ialah berkerjasama dalam mencari alternatif untuk mengekang relaps (matlamat kelompok), komitmen dan keyakinan untuk mencapai matlamat terapi. Kaedah yang diambil untuk mencapai matlamat kelompok ialah memberi harapan, kesediaan PSP membincangkan pengalaman dan masalah, kesediaan menyatakan sokongan secara terbuka, memberi dan menerima maklum balas.

Konsep	Contoh Tingkah Laku Yang Diperhatikan (Lisan dan Tanpa Lisan)
1. Hubungan di antara PSP dengan ahli keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersalaman dan PSP mencium tangan ibu dan bapa manakala adik PSP mencium tangan PSP</li> <li>• Berpelokan di antara PSP dengan semua ahli keluarga di akhir setiap sesi</li> <li>• Tiada halangan untuk bercakap dengan mana-mana ahli di dalam kelompok.</li> </ul>
2. Memberi harapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Bila kita dapat duduk berbincang macam ini, barulah kita tahu masalah masing-masing”</li> <li>• “Masalah kita . . . kita tak faham apa masalah kita. Jadi kita tak dapat bekerjasama”</li> </ul>
3. Kesiediaan PSP membincangkan pengalaman dan masalah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perluasan dan perbincangan pengalaman dan isu-isu yang menjadi masalah tanpa bantahan.</li> <li>• Menunjukkan sokongan kepada perluasan perasaan dan masalah.</li> </ul>
4. Kesiediaan menyatakan sokongan secara terbuka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghadiri setiap sesi rawatan</li> <li>• Memberi pandangan yang positif terhadap langkah-langkah yang perlu diambil oleh ahli kelompok berhubung dengan usaha-usaha untuk mencapai matlamat bersama.</li> </ul>
5. Memberi dan menerima maklumbalas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sekarang bapa sedar rupanya apa yang bapa ingat baik untuk rupanya sebaliknya”</li> <li>• “Saya minta maaf kepada mak, bapa dan semua adik-adik atas kesalahan yang saya buat semasa menagih dadah”</li> <li>• “Saya sedar sekarang, saya mesti kena berubah”</li> </ul>
6. Menyatakan rasa “sayang”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Saya sayang anak saya 100%.”</li> <li>• “Jahat macam mana pun, dia tetap anak saya”</li> <li>• “Saya sayang keluarga saya, tapi saya tak dapat nak tunjuk bila saya menagih dadah”</li> </ul>
7. Meluahkan perasaan negatif (sedih, rasa tidak puas hati, marah, benci dendam, dll.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Orang (saya) rasa macam di buang orang . . . “</li> <li>• “Sebelum ini semua orang tak mahu cakap dengan saya, macam mana saya nak cakap . . .”</li> <li>• “Bapa memang tak puas hati dengan perbuatan mengambil dadah . . .”</li> </ul>
8. Bekerjasama dalam mencari alternatif untuk mengekang relaps (matlamat kelompok)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Bila engkau rasa lain macam, cuba engkau wirid banyak-banyak . . .” (Abang Sulung, PSP-K)</li> <li>• “Sembahyang jangan tinggal, banyak-banyaklah berdoa . . .” (Ibu PSP-K, sesi 6)</li> </ul>
9. Komitmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peratusan kehadiran subjek kajian yang tinggi bagi semua sesi rawatan</li> </ul>
10. Menghormati satu sama lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saling memberi salam, mencium tangan ahli keluarga yang lebih tua, memohon maaf sebelum meluahkan perasaan yang dianggap negatif</li> </ul>

11. Keyakinan untuk mencapai matlamat terapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Saya yakin saya boleh berhenti (mengambil semula dadah) kali ini” (Jawapan kepada soalan yang diajukan kepada semua PSP pada akhir sesi ke tujuh dan ke lapan)</li> </ul>
--	---

***Jadual 5.3: Sumber Matrik Item Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)***

Contoh tingkahlaku lisan dan tanpa lisan yang dapat diperhatikan dalam Jadual 5.3 mempamerkan penerimaan dan pemeraksanaan nilai-nilai sedia ada subjek kajian melalui pertembungan dengan nilai-nilai CFT yang disuntik. Keupayaan menggunakan kemahiran komunikasi seperti meluahkan perasaan sebenar secara yang sesuai terhadap bapa, ibu atau seorang yang lebih tua, walau pun perasaan sebenar itu ialah perasaan negatif, menjadikan hubungan mereka lebih tulus dan mencapai matlamat komunikasi yang berkesan. Begitu juga apabila secara jujur ibu bapa dapat menerima maklum balas daripada anak atau PSP yang sebelumnya dianggap sebagai ‘kurang ajar’ atau ‘biadap’, maka dianggap sudah mampu bersikap terbuka dan memberi ruang kepada komunikasi yang bersifat terapeutik. Dapatan ini selari dengan dapat Zall, Amran dan Ismail (2007) bahawa PSP percaya bahawa ‘syurga di bawah tapak kaki ibu’ tetapi tidak setuju bahawa adalah dianggap durhaka meluahkan perasaan yang negatif seperti marah kepada ibu bapa mereka. Menyampaikan perasaan negatif secara terpinpin di dalam CFT menjadikan ia satu tingkahlaku positif dari dan selari segi amalan dan nilai budaya kolektivisme Melayu.

Penyataan perasaan yang positif seperti menyatakan perasaan sayang, hormat, menyatakan sokongan dan memberi harapan secara terbuka dan bersemuka bukanlah sesuatu yang mudah khususnya dalam budaya yang kurang menekankan komunikasi yang berterus terang. Ibu bapa kurang cenderung untuk mengatakan sayang kepada

anak-anak yang dianggap 'liar' seperti menagih dadah takut 'naik muka' atau 'naik tocang'. Takut anak-anak berfikir tingkahlaku mereka yang melanggar norma dan nilai keluarga direstui. Sebagai contoh, seorang ibu yang menyanyangi anaknya yang dipenjarkan kerana menagih dadah, setiap bulan akan datang melawat anaknya walaupun mengalami masalah kewangan. Tingkahlaku bukan lisan ini jika gagal diterjemahkan sebagai pernyataan rasa sayang oleh anaknya, maka tingkah laku bersusah payah si ibu itu hanya dianggap sebagai tanggungjawab yang mesti ditunaikan tanpa sebarang alasan. Dengan demikian, kasih ibu itu tidak dihargai dan tidak menjadi sumber yang terapeutik yang boleh membantu mengatasi masalah yang mereka hadapi.

Keputusan PSP menamakan juga salah seorang ahli keluarga sebagai orang yang boleh dihubungi (*contact person*) untuk mendapatkan penyertaan semua ahli keluarganya, dalam penyelidikan ini turut mencerminkan persepsi PSP terhadap perhubungan mereka dengan keluarga mereka. Apabila pengkaji meminta PSP memberi nama, alamat dan nombor telefon ahli keluarga mereka, PSP-M menamakan adik perempuannya, PSP-A menamakan ibunya, PSP-Z memberi nama bapanya dan PSP-K menamakan abangnya yang ke empat. Dua dari PSP memilih ahli keluarga yang menjadi ketua kepada keluarga mereka (PSP-A, ibu dan PSP-Z bapa). PSP-A menamakan ibunya, pertama kerana ia tidak mempunyai hubungan yang baik dengan bapanya yang telah bercerai dengan ibunya. Kedua, ibunya adalah merupakan orang yang dilihat sebagai bertanggungjawab menjaga dia, abang dan adik-adiknya. PSP-K memilih abangnya yang keempat atas keupayaan abangnya membantu ibu dalam urusan-urusan yang memerlukan banyak pergerakan atau mobiliti. Bagi PSP-M pula, ia menamakan adik



perempuannya sebagai orang perantaraannya, pertama kerana mobiliti, kedua kerana hubungan dengan bapanya yang sudah disifatkan sebagai ‘berpatah arang, berkerat rotan’. Pada ketika itu PSP tidak melihat hubungan mereka terbina atas rasa kasih sayang, sebaliknya menamakan ahli keluarga yang mereka anggap ‘boleh’ membantu. Ini selari dengan kenyataan salah seorang kaunselor di PUSPEN Sungai Besi lazimnya hanya satu atau dua orang dari ahli keluarga pelatih di PUSPEN yang kerap kali dilihat datang melawat mereka. Dengan lain perkataan, tidak semua ahli keluarga ambil berat tentang nasib mereka setelah terlibat dengan penagihan dadah. Kenyataan-kenyataan yang dalam Jadual 5.7 menyokong hujah-hujah turut digunakan untuk menyokong dapatan pengkaji.

---

PSP-A: Emak saya sibuk, encik cubalah. Saya rasa saya memang tidak boleh berhenti menagih sebab saya dah banyak kali cuba macam-macam cara. Tapi kali ini sebab saya boleh bersemuka dengan ibu bapa dan keluarga saya, saya nak cuba. Kalau dia datang pun tak apalah.

---

PSP-M: Ini telefon adik saya. Saya rasa bapa saya mungkin tak datang. Emak dan adik-adik saya tak tahulah . . .

---

PSP-K: Saya nak sangat masuk program ini tapi keluarga saya tinggal jauh . . . mungkin mereka tak boleh datang. Tapi encik tolonglah kontek abang saya nombor ini.

---

PSP-Z: Nombor ni nombor bapa saya. Saya rasa saya tak boleh berubah, tapi saya nak cuba tengok dia orang (keluarga) datang tak.

---

***Jadual 5.4: Pemilihan Wakil Keluarga PSP***

Petikan dialog PSP dalam Jadual 5.4 di atas menunjukkan hanya dua dari empat ahli dari empat PSP memilih ketua keluarga sebagai ahli keluarga yang boleh dihubungi dan mempunyai pengaruh untuk membawa ahli yang lain turut serta dalam projek penyelidikan ini. Ini dapat difahami bahawa hubungan yang tegang antara mereka dengan ibu bapa yang tegang sejak sekian lama menjadikan mereka lebih selesa menggunakan ahli keluarga yang lain sebagai pengantaraan hubungan mereka dengan ibu bapa. Faktor jurang generasi juga memainkan peranan di sini. PSP-A mungkin merasa adik atau abang mereka lebih memahami masalah mereka berbanding dengan ibu bapa mereka.

Dari pemerhatian pengkaji, tujuan utama PSP-A menerima tawaran untuk menyertai penyelidikan ini ialah untuk mengambil peluang 'bersemuka' dengan keluarganya, khususnya bapanya. Pada peringkat pra-sesi, PSP-A tidak memberi komitmen untuk berubah atau meninggalkan tingkahlaku penagihan dadah tetapi dia ingin mencuba pendekatan yang diperkenalkan oleh pengkaji (CFT).

Di pihak keluarga PSP-Z, keadaan amat berbeza. Apabila bapa PSP-Z dihubungi oleh pembantu ahli terapi, dia didapati sangat teruja untuk menyertai projek penyelidikan yang di perkenalkan sebagai kaedah yang 'membuka peluang kepada keluarga untuk sama-sama membantu proses kepulihan anak mereka.' Bapa Z menghurai PSP-Z sebagai seorang yang mempunyai pengetahuan agama yang tinggi dan layak jadi imam. Cuma dia merasa hairan mengapa PSP-Z terlibat dengan penagihan dadah.

Berhubung dengan projek penyelidikan ini, ia berkatanya, "Selama ini saya sudah puas buat macam-macam tapi tak jadi apa-apa. Bila encik kata ada kaedah yang saya dan keluarga saya boleh campur, saya seronok sangat. Selama ini saya nak sangat tahu pasal apa dia mula-mula ambil dadah." . Semasa pra-sesi, ibu PSP-Z menangis apabila menyedari penderitaan yang tanggung oleh anaknya (A) semasa keputusan dadah dan berada dalam situasi gian. Ia berjanji akan melakukan apa sahaja untuk membantu PSP-Z, termasuklah bersedia untuk menghadapi kemungkinan ia di marah atau "dimaki hamun" oleh anaknya, PSP-Z.

Semasa dalam sesi terapi sebenar (Sesi 1-8), semua adik-beradik PSP-Z mengatakan mereka takut semasa PSP-Z berada di rumah kerana tingkahlakunya yang "ganas". "Dia naik angin tak menentu. Bila naik angin dia baling apa yang dia suka di dalam rumah. Habis pecah barang-barang... sungguh, saya cukup takut..." emak PSP-Z menceritakan hubungan mereka yang sangat tegang. Oleh itu mereka cuba mengelak daripada berinteraksi secara langsung dengan PSP-Z . Sebaliknya Z merasakan ia tidak dipedulikan oleh keluarga. Keluarganya seolah-olah tidak peduli sama ada dia berada di rumah atau tidak.

PSP-Z berkata dia sangat marah dan berdendam dengan bapanya sejak dari kecil lagi. Dia tidak boleh terima apabila ayahnya menghantarnya ke sekolah asrama penuh aliran agama (Islam) yang jauh di utara semenanjung Malaysia semasa dia memasuki darjah enam. Dia menganggap bapanya tidak sayangkan dia dan bertindak menyisihkannya dari keluarga. Beberapa kali PSP-Z minta kepada ayahnya supaya dia dibawa balik

tinggal dengan keluarga di Kuala Lumpur, bapanya tidak pernah melayan permintaannya. Sebaliknya adik lelakinya (setahun lebih muda darinya) yang baru dua tahun memasuki sekolah yang sama,”... bapa bawa balik untuk bersekolah di Kuala Lumpur dan tinggal dengan keluarga apabila memasuki sekolah menengah.”

Di akhir sesi ke 3, PSP-Z dan ahli keluarganya sudah tidak nampak kekok untuk berpelukan dan bersalaman, dan pada sesi 8, PSP-Z dan semua ahli keluarganya nampak begitu akrab. Mereka turut mengucapkan berbanyak terima kasih kepada ahli terapi dan pembantu ahli terapi kerana memberi peluang kepada mereka menyertai kelompok terapi. Pada bulan April 2010 (lebih kurang sepuluh bulan setelah tamat sesi terapi) bapa PSP-Z mengirim sms yang menceritakan bahawa “Saya sangat berterima kasih kepada En Zal dan Puan Zainab. Sekarang Z sudah berjaya dan dia sudah ada pendapatan sendiri.” Adik lelaki PSP-Z, yang turut terlibat di dalam terapi kelompok bersama keluarganya, merupakan seorang ahli perniagaan jualan langsung. Dia berjaya membimbing PSP-Z untuk berkerja dengan syarikatnya. Pada akhir tempoh penyelidikan selama dua tahun, maklum balas yang diperoleh menunjukkan PSP-Z benar-benar berjaya di dalam kerjaya dan kehidupannya. Beliau berazam untuk mengikat pertunangan dengan gadis pilihan pada akhir tahun 2011.

Responden PSP-A menamakan ibunya sebagai orang perantaraan. Apabila dihubungi, ibu PSP-A agak pesimistik mengenai projek penyelidikan. Komennya, “Kami kena jadi subjek penyelidikanlah.” Dia seterusnya mengatakan dia agak sibuk dan tidak banyak masa lapang kerana dia Pembantu Peribadi seorang ahli politik peringkat negeri. Setelah

memberi pandangan peribadinya, pembantu ahli terapi (PAT) meninggalkan nombor telefon untuk dihubungi sekiranya ibu A bertukar fikiran. Pada keesokan harinya, ibu PSP-A menelefon pembantu ahli terapi dan menyatakan persetujuannya untuk berjumpa di PUSPEN. Dalam pertemuan awal itu, ibu PSP-A mengatakan di bersetuju untuk menyertai kelompok terapi tetapi tidak bersetuju untuk melibatkan ahli keluarga selain daripada tiga orang anaknya. Dia tidak mahu ahli keluarga di luar keluarga nuklearnya tahu tentang masalah keluarganya. Ibu PSP-B telah bercerai dari suaminya (bapa PSP-A seorang warga negara Britain yang beragama Islam). Oleh kerana ibu PSP-A berbangsa Melayu dan mereka tinggal di Kuala Lumpur, mereka mengamalkan budaya Melayu. Dalam kajian ini, kelompok keluarga PSP-A dilabel sebagai Keluarga Kecil yang mengandungi ibu, dua orang anak lelaki (termasuk PSP-A ) dan dua orang anak perempuan.

Dalam pra-sesi dengan ahli keluarga PSP-B , ibu PSP-B berkata, sejak awal lagi apabila anaknya masuk ke PUSPEN, Sg Besi, sangat berharap untuk turut sama terlibat secara langsung dalam pemulihan anaknya. Dari empat orang anak remajanya, PSP-A sahaja terlibat dengan penagihan dadah. Dia tidak ada banyak masalah dengan anak-anak yang lain, kecuali sedikit masalah komunikasi dengan anak bongsunya yang dilabelkannya sebagai suka memberontak.

Dalam pra-sesi yang berasingan, Ibu menghurai PSP-A sebagai seorang anak yang aktif, ekstrovet, mempunyai ramai kawan tetapi sedikit degil. Manakala bekas suaminya pula, dikatakan sebagai seorang muslim yang taat dan tegas dalam mendisiplin anak-anaknya. Sebagai contoh, anak-anaknya tidak dibenarkan menonton TV, khususnya rancangan-rancangan hiburan dan tayangan filem. Menurut ibu PSP-A lagi, peraturan yang sangat *rigid* inilah yang menjadi punca kepada hubungan anak-anak dengan bapa mereka amat terhad dan tegang, kecuali anak perempuan mereka yang ketiga. Ibu tidak dapat berbuat apa-apa untuk mengurangkan ketegangan hubungan anak-anak dengan suaminya bertujuan untuk menjaga menjaga hubungannya dengan suaminya. Walau bagaimana pun rumah tangga mereka musnah juga akhirnya apabila suaminya berkahwin lagi. PSP-A hampir bergaduh dengan bapanya apabila dia mempersoalkan tindakan bapanya berkahwin buat kali kedua.

Semasa dalam pra-sesi dengan PSP-A, beliau mengaku bahawa beliau memang mempunyai keinginan untuk berhenti menagih dadah. Malangnya setiap percubaannya menemui kegagalan, Beliau menerima tawaran untuk mengikuti program penyelidikan kerana ini beliau ingin mencuba pendekatan keluarga. Beliau didapati agak ragu-ragu sama ada akan dapat berbincangan secara yang terbuka dan dalam suasana yang harmoni dengan ahli keluarganya, terutamanya apabila menyentuh tentang masalah dalam keluarganya sendiri selain daripada penagihannya. Walau bagaimana pun, beliau tetap mahu mencuba pendekatan CFT yang digunakan dalam kajian ini. Sesi psikopendidikan yang dikendalikan oleh pengkaji dapat memberi sedikit keyakinan

bahawa usahanya untuk berbincang secara terbuka dengan ahli keluarganya akan menghasilkan sesuatu yang positif.

Dalam kajian sebenar, kehadiran semua responden amat menggalakkan. Kelompok ini merupakan satu-satunya kelompok kajian yang konsisten dari segi kehadiran baik dari segi ahli atau jumlah ahli. PSP-A telah berjaya memasuki Pusat Kemahiran Mara dalam jurusan IT semasa tempoh sesi dijalankan. Dari laporan atau perkongsian yang dilakukan oleh PSP-B semasa sesi terapi bersama keluarga, kemajuan PSP-A amat memberangsangkan, walaupun dia merasa agak kekok pada awal sesi pengajian disebabkan umur dan latar belakang penagihannya. Ibu dan adik beradiknya amat teruja dengan perkembangan PSP-A, dan banyak membantu dalam menyelesaikan isu-isu yang membelunggu fikiran A semasa sesi terapi dijalankan. Walau bagaimanapun, perkembangan yang positif ini hanya bertahan setahun sahaja selepas berakhirnya sesi CFT. Beberapa petikan beberapa dialog berikut membantu pengkaji membuat andaian mengenai keadaan sebenar PSP-Z dalam tempoh setahun setelah menamatkan rawatan CFT.

---

Petikan Dialog

---

PSP-A:	Mulanya saya memang hendak berhenti terus, tapi menukar fikiran untuk menukar kepada kaedah <i>Methadone Maintenance Treatment</i> (MMT).
Adik Bungsu PSP-Z:	Abang A bergaduh besar dengan Bapa.
PSP-M:	PSP-A ada kirim sms pada saya, isteri saya pun ada baca, dia kata dia tak boleh tahan, dia nak bunuh diri.
Ibu PSP-A:	A jatuh teruk. Dia <i>under psychiatrist supervision</i> . Dia kata metadon tak cukup, dia nak campur sabu. <i>Psychiatrist</i> bagi dia ubat penenang.

---

---

***Jadual 5.5: Kenyataan Menerangkan Keadaan PSP-A Setahun Setelah Rawatan CFT***

PSP-M daripada kelompok Keluarga Dua Ibu menamakan abangnya (Abang 4PSP-M) dari 'satu bapa satu ibu' sebagai orang pengantaraan. Abang 4PSP-M yang sangat teruja apabila dihubungi, berjanji akan membawa semua ahli keluarganya menyertai terapi. Beliau berjanji untuk berusaha mendapatkan penyertaan tiga orang abangnya yang lain (Abang 1PSP-M, Abang 2PSP-M dan Abang 3PSP-K) hasil perkahwinan arwah bapanya dengan arwah ibu tirinya, isteri arwah bapanya yang pertama, dan adik perempuannya (satu-bapa-satu-ibu). Di sini menampakkan persepsi bahawa kesediaan keluarga untuk membantu PSP adalah baik dan memberansangkan. Persepsi negatif (di Jadual 5.8) yang digambarkan oleh kesemua PSP terhadap kesediaan keluarga membantu mereka, lebih merupakan persepsi mereka sendiri yang digerakkan oleh perasaan bersalah mereka yang terbit dari tindakan mereka yang melanggar nilai dan norma keluarga atau masyarakat mereka (Zall, Amran & Ismail, 2007).



Kesemua ahli yang menganggotai Keluarga Dua Ibu sudah berumah tangga kecuali PSP-K. Mereka tinggal dengan keluarga masing, berjauhan di antara satu dengan lain - di Gombak, Selangor, di Seremban, Negeri Sembilan, di Shah Alam, Selangor, di Johor Bahru, Johor. Hanya Abang 4PSP-K yang ke empat tinggal bersama-sama ibunya di Perak. Ketiga-tiga anak ibu pertama dan seorang anak perempuan ibu kedua berkelulusan ijazah.

Ibu kepada keluarga ini tidak berada dalam posisi yang baik untuk menjadi orang perantaraan kerana sikap anak-anak tirinya yang kurang senang terhadapnya sejak ia dinikahi oleh arwah suaminya. Anak-anak arwah ibu pertama tidak pernah tinggal bersama-sama ibu kedua. Sebahagian besar zaman remaja, mereka belajar dan tinggal di sekolah asrama penuh dan di kolej universiti masing-masing. Peristiwa yang paling signifikan dan sering disebut-sebut di awal permulaan sesi ialah peristiwa ibu kedua bersedia untuk berpindah dari rumah suaminya sebaik sahaja suaminya meninggal dunia sekiranya anak-anak tirinya tidak membenarkan beliau tinggal dirumah tersebut. Namun demikian, jangkaan Ibu Kedua tinggal menjadi kenyataan apabila Abang Sulung PSP-K berkata, “Kau tinggallah di rumah itu seberapa lama yang kau mahu”. Sejak daripada itu, hingga berpuluh tahun kemudiaannya anak-anak tiri Ibu Kedua tidak lagi balik ke rumah arwah bapa mereka yang didiami oleh ibu tiri mereka.

Bagi keluarga ini, kesediaan untuk membina pakatan terapeutik yang bertujuan untuk membantu PSP-K mengekang relaps telah membawa mereka bersatu semula. Kata Abang 1PSP-K, “Alhamdulillah, rupanya masalah K ada hikmahnya. Kalau tidak kerana masalah K kita tak dapat duduk dalam kumpulan macam ni berbincang secara jujur dan ikhlas tentang masalah keluarga kita.” Pengumpulan data terakhir dan lawatan ke rumah Keluarga Dua Ibu menunjukkan keluarga ini berjaya mengekalkan pakatan terapeutik sesama mereka. Manakala PSP-K juga berjaya mengekang relaps bagi tempoh 2 tahun setelah menjalani CFT dan sudah berkahwin. Maklumat terakhir yang diterima melalui pesanan ringkas sms, beliau telah terpilih menjawat jawatan Pembimbing Rakan Sebaya (PRS) bermula 11 Julai 2011. Setelah pengkaji memberi ucapan tahniah juga melalui sama, beliau mengucapkan berbanyak-banyak terima kasih kepada pengkaji dan PAT di atas bantuan yang diberikan dengan menulis, “*Terima kasih yang x (tidak) terkira saya ucapkan pd en. (encik) N (dan) pn (puan) . krn (kerana) bersungguh2 membentuk sy (saya ) hga (hingga) jd (jadi) insan mcm (macam) sekarang. TQ*” (sms, 11/7/2011). Bersandarkan kepada bukti-bukti di atas, pengkaji membuat kesimpulan bahawa hasil menjalani rawatan CFT berjaya membantu Keluarga Dua Ibu meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik seterusnya membantu PSP mengekang relaps.

Keluarga PSP-M mengandungi ayah, ibu, dua orang anak lelaki (termasuk PSP-M) dan seorang anak perempuan. PSP-M merupakan anak sulung dalam keluarganya, anak kedua Adik Perempuan PSP-M (Perantara), anak ketiga lelaki dan anak bungsu juga seorang lelaki. Kelompok Keluarga Tambahan ini melalui proses terapi yang menarik.

Bermula dengan anggota daripada gabungan ahli keluarga nuklear (ibu, adik-adik dan tanpa bapa) dan ahli keluarga tambahan (bapa saudara, anak-anak dan menantu bapa saudara), ia berakhir dengan hanya gabungan ahli-ahli dari keluarga nuklear sahaja termasuk Bapa PSP-M. Untuk beberapa sesi pertama Bapa PSP-M tidak mahu menghadiri sesi rawatan dan melantik abangnya, bapa saudara PSP-M, mewakili dirinya menghadiri sesi terapi kerana seperti kata Ibu PSP-M, “Bapa saudara M dah macam bapa sendiri” . Lawatan pengkaji dan PAT ke rumah keluarga PSP-M berjaya meyakinkan Bapa PSP-M untuk menghadiri sesi rawatan tetapi masih kurang serius. Hanya apabila Bapa Saudara PSP-M, anak-anaknya menarik diri daripada projek penyelidikan ini, barulah Bapa PSP-M mengambil alih sepenuhnya tanggungjawab menghadiri dan memastikan isteri dan anak-anak menghadiri rawatan.

Kehadiran Bapa sangat dihargai oleh PSP-M. Sekian lama Bapa tidak mempedulikan apa yang berlaku ke atas PSP-M. “Sebenarnya masa dulu saya bangga tengok bapa main aktif dalam persatuan, main muzik dan naik basikal. Saya pun nak jadi macam bapa, kalau dapat nak ikut bapa kayuh basikal sama-sama . . . nak main muzik tak boleh sebab muzik bapa tak sama dengan muzik yang saya suka. Tapi masa tu saya takut . . . nak cakap apa-apa pun takut. (Berhenti sejenak) Sekarang saya baru dapat bercakap dari hati ke hati dengan bapa (menangis). Sebenarnya saya bapa, tapi saya rasa bapa macam tak peduli kat saya. . .” Keputusan Bapa mengambil alih tanggungjawab mengetuai kelompok Keluarga Tambahan daripada abangnya adalah sesuatu yang sangat dinantikan oleh PSP-M.

Kehadiran sepupu, isteri dan suami mereka semasa kelompok Keluarga Tambahan diketuai oleh Bapa Saudara, pada pemerhatian pengkaji, tidak membantu proses rawatan. Keluarga Bapa Saudara seperti mengambil kesempatan menyerang dan memberi tekanan kepada PSP-M seolah-oleh mereka menyimpan dendam terhadap PSP-M. Antara lain PSP-M dikatakan sebagai suka mengambil kesempatan terhadap apabila datuk dan neneknya menyanginginya. Kata salah seorang sepupunya, ”Engkau besar kepala . . . setiap kali kau kena tegur, tak kiralah siap tegur kau, datuk atau nenek bela kau. Itu pasal kau besar kepala. Semua yang kau nak . . . semua kau dapat. Pasal tu kau hisap dadah.” Tambah seorang sepupu yang lain, ”Engkau hisap dadah ini memalukan keluarga. Orang lain mana ada macam kau.”

Dalam sesi pertama, PSP-M langsung tidak diberi ruang untuk menerangkan apa yang sebenarnya yang dia alami. Bagi sesi 2 hingga 4 pula, keadaan masih berterusan, penerangan dan penjelasan PSP-M tidak mahu diterima oleh sepupu dan menantu bapa saudaranya. Ibu PSP-M dan adik-adik terpaksa mengikut arus yang menekan PSP-M disebabkan jumlah mereka yang kecil dan lebih muda.

Setelah sesi penerokaan yang menjurus kepada kehidupan masa lampau Bapa Saudara dilakukan, tekanan ke atas PSP-M berkurangan apabila ahli terapi mula mengajukan soalan kepada Bapa Saudara. Latar belakang Bapa Saudara juga hampir sama dengan latar belakang PSP-M. Menurut Bapa Saudara, beliau juga diambil untuk tinggal bersama-sama datuk nenek dan menjadi cucu kesayang mereka. Semasa remaja, Bapa Saudara berkata, kehidupan sangat mewah dengan wang ringgit. Apa sahaja yang dia mahu, dia perolehi. Malahan keuntungan daripada perniagaan kain neneknya diserahkan bulat-bulat kepadanya sebagai perbelanjaan hariannya. Berkaitan dengan hal ini, ahli terapi membuat rumusan kecil dan mengajukan pertanyaan.

---

Ahli Terapi: Saya dengar tadi, abang kata semasa abang remaja abang dapat kemewahan yang berlebihan datuk dan nenek abang bagi. Apa yang abang hendak abang boleh dapat . . . abang boleh beli. Dalam hati saya tertanya-tanya, kalau pada masa itu ada dadah, ada kemungkinan tak. . . abang juga akan ambil dadah?

Bapa Saudara Ya, saya rasa mungkin saya juga terdorong ambil dadah . .

PSP-M: . Saya pun selalu sorang-sorang (keseorangan). Bila datuk nenek saya pergi Mekah, masa tu orang pi Mekah lama . . . berbulan-bulan. Perniagaan kain tu dia orang serah pada saya. Dia orang kata, tak usah buat apa-apa, untung kain tu buat belanja. Bila macam itu, lama-lama perniagaan kain tu tutup. . . sebab saya makan modal dia sekali.

Ahli Terapi: Saya nampak situasi abang hampir sama dengan situasi M. Cuma baiknya masa itu tak ada dadah. . .

Bapa Saudara Ya, hampir sama . . . malahan saya lebih mewah.

PSP-M:

---

***Jadual 5.6: Kenyataan Menerangkan Keadaan PSP-A Setahun Setelah Rawatan CFT***

Jawapan Bapa Saudara mengalih fokus dari PSP-M kepada pengakuan yang diberikannya. Petikan verbatim dalam Jadual 5.9 menunjukkan bahawa masalah yang dihadapi oleh PSP-M adalah merupakan sesuatu yang sudah menjadi tradisi kepada Keluarga Tambahan. Realiti bahawa Bapa Saudara juga mungkin turut menagih dadah seperti PSP-M merupakan satu tamparan dan tidak dapat diterima oleh sepupu PSP-M dan menantu Bapa Saudara. Ini terbukti apabila dalam sesi seterusnya, salah seorang sepupu yang mewakili keluarga Bapa Saudara menyatakan keputusan mereka untuk mengundur diri daripada sesi rawatan. Penarikan diri keluarga Bapa Saudara sebagai ahli kelompok Keluarga Tambahan merupakan satu hikmah khususnya bagi tujuan memperkasakan pakatan terapeutik apabila Bapa PSP-M kembali mengetuai keluarganya. Ini juga menunjukkan betapa pentingnya dilakukan tapisan dan pemilihan ahli kelompok untuk memastikan kejayaannya. Pengumpulan data pada akhir tempoh penyelidikan, dua tahun selepas rawatan CFT mendapat Keluarga Tambahan berjaya mengekalkan pakatan terapeutik dan PSP-M berjaya mengekang relaps.

Secara keseluruhan kesediaan membina pakatan terapeutik didapati mempunyai asas yang kuat dalam budaya kolektivisme yang mementingkan hubungan silaturahim yang kukuh menerusi nilai-nilai kesetiaan, identiti keluarga dan cara hidup mengutamakan kerjasama, gotong-royong dan saling membantu. Subjek yang menjalani proses rawatan CFT bagi jangka masa pendek menampakkan kesediaan meneruskan pakatan terapeutik, manakala bagi jangka masa panjang PSP (subjek kajian) yang berjaya mengekalkan pakatan terapeutik sesama didapati berjaya mengekang relaps. Sebaliknya PSP daripada

keluarga (subjek kajian) yang tidak berjaya mengekalkan pakatan terapeutik gagal mengekal relaps dalam tempoh jangka masa panjang (2 tahun).

#### **5.4.12 Perbezaan Perubahan Antara Kelompok Kajian**

Purata keseluruhan peratusan perubahan bagi kedua-dua kelompok PSP dan ahli keluarga digabungkan ialah 'banyak berubah': 86.2%, dan 'berubah': 13.63%. Perubahan yang di alami oleh subjek kajian adalah baik. Bukti-bukti kuantitatif yang lain seperti dapatan daripada IKMP.2 (kesediaan meneruskan pakatan terapeutik) dan IKMP.3 (keupayaan mengekalkan pakatan terapeutik) menyokong dapatan yang dihasilkan oleh BPT.

Bukti-bukti kualitatif yang telah dibincangkan sebelum ini seperti petikan-petikan dialog, sumber metrik dan perbezaan yang ditunjukkan oleh sumber metrik, hasil daripada temubual dan akhirnya paling ketara ialah keupayaan PSP dan keluarga mereka mengekalkan pakatan terapeutik dan keupayaan PSP mengekang relaps. Walau bagaimanapun, ketidak upayaan Keluarga Kecil mengekalkan pakatan terapeutik untuk mencapai penghubung tempoh kritikal kepulihan (dua tahun) tidak ditunjukkan oleh dapatan BPT kerana peringkat tersebut di luar proses rawatan. Namun begitu, keupayaan PSP-A mengekalkan relaps bagi tempoh setahun sebelum beliau mengambil keputusan menukar kepada kaedah rawatan MMT adalah juga merupakan satu pencapaian.



#### 5.4.13 Perbezaan Pencapaian Kelompok Pada Peringkat IKMP.3

Pengumpulan data kualitatif pada akhir tempoh penyelidikan berpanjangan (*longitudinal*), dua tahun selepas rawatan CFT, dilakukan melalui lawatan ke rumah PSP, menggunakan pemerhatian, mengadakan temubual tidak formal dengan ahli keluarga, temubual berstruktur dengan PSP, sepanjang bulan April hingga Mei 2011. Sambutan yang diberikan kepada pengkaji dan PAT semasa membuat lawatan adalah sangat baik. Kami berjaya berjumpa bersemuka dengan dua keluarga, manakala dua keluarga yang kami dapat dihubungi melalui telefon. Soal selidik (IKMP.3) diedar kepada semua subjek kajian secara langsung bagi yang dapat kami temui dan bagi tidak dapat ditemui kami edarkan soal selidik melalui kiriman pos. Walau bagaimana pun hanya 19 dari 23 keping borang atau 82.6% yang berjaya dikumpul semula. Borang IKMP.3 tidak diterima dari Keluarga Kecil.

Bukti-bukti kualitatif menunjukkan tiga daripada empat keluarga berjaya mengekalkan pakatan terapeutik, manakala tiga dari empat orang PSP berjaya mengekang relaps bagi tempoh selama dua tahun setelah menjalani CFT. Secara perbandingan, data keseluruhan IKMP.3 (Rajah 4.10), menunjukkan Keluarga Besar mendapat peratusan skor 'setuju' 18.33%; 'sangat setuju' 81.66% (n=10), Keluarga Dua Ibu (n=4) mendapat skor 'setuju' 6.25%; 'sangat setuju' 93.75% dan Keluarga Tambahan (n=4) mendapat skor 'setuju' 8.33% dan 'sangat setuju' 91.66%. Keluarga Kecil yang gagal mengembalikan borang IKMP.3 sehingga tempoh penghantaran tamat. Penilaian terakhir yang dibuat menggunakan kaedah temubual melalui telefon mendapati

Keluarga Kecil gagal mengekalkan pakatan terapeutik dan PSP-A juga didapati gagal mengekang relaps.

## 5.5 Rumusan

Beberapa kesimpulan penting boleh dibuat sebagai “generalisasi yang terbatas” (kepada kajian ini sahaja) atas sifatnya data kualitatif dan sampel yang kecil. i) kelompok intervensi boleh dibina dalam kalangan PSP dan keluarga mereka ii) PSP dan keluarga bersedia membina pakatan terapeutik sesama mereka iii) PSP dan keluarga mereka bersedia meneruskan pakatan terapeutik bagi menamatkan lapan sesi terapi iv) PSP mampu mengekalkan kepulihan melebihi tempoh kajian dua tahun melalui amalan pakatan terapeutik v) Modul CFT sesuai digunakan ke atas subjek kajian daripada etnik Melayu vi) Tiga orang PSP didapati berjaya mengekalkan kepulihan atau kefungsi-an hidup dalam tempoh kajian (dua tahun) vii) Nilai kesetiaan, identiti keluarga dan semangat bekerjasama dalam budaya kolektivisme Melayu secara semulajadi mempengaruhi kesediaan membina pakatan terapeutik subjek kajian viii) Faktor identiti keluarga adalah petunjuk kepada kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik subjek kajian, manakala petunjuk kepada kesediaan mengekalkan pakatan terapeutik ialah kesetiaan.

Kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka (Objektif I) boleh dirumuskan sebagai selari dengan nilai-nilai budaya subjek kajian (kolektivisme Melayu) yang mementingkan kesetiaan, identiti keluarga dan semangat bekerjasama atau bergotong royong. Pendekatan dan sentuhan

yang sesuai dapat membangunkan semula pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka yang musnah disebabkan masalah penagihan dadah. Kajian ini telah berjaya membina empat buah kelompok intervensi yang mengandungi sekurang empat orang ahli keluarga, seorang PSP, seorang pembantu ahli terapi (PAT) dan seorang ahli terapi. Kesemua kelompok intervensi berjaya menamatkan semua sesi rawatan merangkumi sebanyak lapan sesi CFT, satu sesi psikopendidikan, dan satu pra-sesi. Sejak perjumpaan pertama, subjek kajian telah diberitahu bahawa matlamat kelompok intervensi atau terapi keluarga yang akan dijalankan ialah membantu PSP mengekang relaps. Dengan lain perkataan, dalam kajian ini pakatan terapeutik (membantu PSP mengekang relaps) adalah pra-syarat kepada rawatan CFT. Kesiediaan subjek kajian menerima matlamat kelompok yang pra-syarat CFT adalah pengkaji petunjuk penting kepada kesiediaan membina pakatan terapeutik. Seterusnya kejayaan subjek kajian memenuhi keperluan kelompok dan menamatkan semua sesi terapi yang dijalankan semasa di dalam PUSPEN dengan sendirinya membuktikan kesiediaan subjek kajian membina pakatan terapeutik. Kesiediaan meneruskan pakatan terapeutik setelah PSP bebas dari PUSPEN, kajian ini dibuktikan menggunakan keputusan bersetuju dan sangat bersetuju (100%) subjek kepada item 13, IKMP.2.

PSP mampu mengekalkan kepulihan melepasi tempoh kajian dua tahun melalui amalan pakatan terapeutik (Objektif III) dibuktikan melalui lawatan susulan ke rumah keluarga PSP, temubual dengan ahli keluarga dan PSP, dan penggunaan keputusan item 13, IKMP.3. Keputusan kajian menunjukkan pakatan terapeutik dapat dikekalkan bagi tempoh kajian selama dua tahun. Keupayaan tiga buah keluarga daripada empat

keluarga yang dikaji mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh kajian selama dua tahun juga memperlihatkan PSP dan keluarga mereka berjaya membantu PSP mengekang relaps atau kefungsiian hidup mereka bagi tempoh tersebut. Sebaliknya, keluarga yang tidak berjaya mengekalkan pakatan terapeutik didapati gagal membantu ahli PSP mereka mengekang relaps.

Bukti kualitatif dan analisis deskriptif juga menyokong keputusan yang mengatakan bahawa modul CFT yang dibina sesuai digunakan ke atas subjek kajian daripada etnik Melayu. Pengkaji menggunakan keputusan item 14, IKMP.2 menunjukkan peratusan persetujuan yang tinggi dalam kalangan subjek kajian untuk menyarankan penggunaan modul CFT ke atas lain-lain penghuni sebagai bukti daripada analisis deskriptif. Dalam hal ini, pengkaji tidak mengatakan CFT sebagai pemangkin perubahan subjek kajian, khususnya PSP. Sebaliknya pakatan terapeutik dalam kalangan subjek kajian, dibantu dengan nilai-nilai kesetiaan, identiti keluarga dan semangat bekerjasama yang sedia wujud dalam budaya kolektivisme subjek kajian. CFT bertanggungjawab membantu memperkasakan penggunaan nilai-nilai yang sedia ada menerusi pendekatan yang sesuai dan penyuntikan nilai-nilai universal bagi mendorong penilaian semula nilai-nilai terapeutik yang sedia ada secara yang berkesan. Proses pemerksaan nilai-nilai kesetiaan, identiti keluarga dan semangat bekerjasama dilakukan dengan pendefinisian semula nilai-nilai tersebut secara yang dapat diterima oleh semua ahli kelompok. Sebagai contoh, PSP bersetuju bahawa “Syurga di bawah tapak kaki ibu” tetapi mereka tidak bersetuju meninggikan suara apabila membincangkan sesuatu dengan ibu bapa sebagai durhaka (Zall, Amran & Ismail, 2007). Maka adalah penting untuk bagi ahli

terapi menghurai tentang konsep ‘durhaka’ yang mengambilkira perluhan perasaan seorang anak kepada ibu bapa sebagai sesuatu yang positif dan terapeutik, di samping menerima tafsiran yang lebih terbuka mengenai nilai menghormati ibu bapa dari perspektif PSP.

Nilai kesetiaan, identiti keluarga dan semangat bekerjasama dalam budaya kolektivisme Melayu secara semulajadi mempengaruhi kesediaan membina pakatan terapeutik subjek kajian. Bukti kualitatif dapat dijelaskan dari hasil keputusan IKMP.1 yang dijalankan pada peringkat pra-ujian menunjukkan kesediaan membina pakatan terapeutik telah sedia wujud sebelum rawatan dijalankan ke atas subjek kajian.

Analisis data kualitatif pula menunjukkan, pada peringkat pra-rawatan dan pos-rawatan, petunjuk kepada pakatan terapeutik adalah identiti keluarga. Dengan lain perkataan, kesediaan membina pakatan terapeutik yang wujud dalam budaya kolektivisme antara PSP dengan keluarga mereka adalah lebih didorong oleh kecenderungan mengidentifikasi diri mereka kepada keluarga. Antara lain, keadaan ini adalah didorong oleh pengangan untuk menjaga nama baik keluarga kerana mereka adalah sebahagian darinya (keluarga mereka). Komitmen pada tahap seperti bersedia untuk bекorban masa dan kepentingan diri, walau pun ada masih rendah berbanding dengan keperluan memperbaiki imej keluarga yang diidentifikasi. Rawatan CFT walau pun berjaya meningkatkan ketiga-tiga komponen nilai yang dikaji, dalam jangka masa yang singkat (tiga hingga empat bulan) dapatan kajian masih menunjukkan identiti keluarga mengatasi kesetiaan keluarga. Ini dapat dijelaskan dengan kenyataan bahawa

penerimaan nilai-nilai baru yang disuntik melalui CFT walau pun diterima tetapi masih berada pada tahap awal penerimaannya.

Setelah proses pemerksaan nilai-nilai sedia ada melalui masa yang panjang (dua tahun) dengan peningkatan kemahiran mengamalkannya yang bertambah baik, nilai kesetiaan secara beransur-ansur mengatasi tempat identiti keluarga. Ini dapat dilihat pada tahap pengejalan pakatan terapeutik. Data yang peroleh pada akhir tempoh penyelidikan, menunjukkan pengejalan pakatan terapeutik adalah didorong oleh nilai kesetiaan kepada keluarga. Dapatan ini sesuai mengambilkira nilai kesetiaan adalah lebih mendalam dan melibatkan komitmen ahli keluarga yang tinggi berbanding dengan kecenderungan mengidentifikasi diri dengan keluarga.

## 5.6 Penutup

Keluarga merupakan sumber terapeutik yang mudah diperolehi di dalam masyarakat bagi tujuan pemulihan dan pengekangan relaps. Kajian ini berjaya mengemukakan bukti kualitatif yang disokong oleh data kuantitatif mengenai lima persoalan utama dan dua persoalan sampingan kajian ini. Persolana utama ialah i) terdapat kesediaan membina pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka, ii) terdapat kesediaan meneruskan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka setelah PSP bebas dari PUSPEN, iii) tiga daripada empat kelompok kajian berjaya mengekalkan pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama dua tahun, iv) selepas 2 tahun, PSP dari keluarga yang berjaya mengekalkan pakatan terapeutik turut berjaya mengekang relaps, dan v) CFT sesuai digunakan ke atas subjek kajian dari etnik Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme. Dua persoalan sampingan yang juga dapat dihurai ialah i) nilai kolektivisme (kesetiaan, identiti sosial dan semangat bekerjasama) secara langsung mempengaruhi kesediaan membina pakatan, dan ii) identiti keluarga adalah petunjuk kepada kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik, manakala kesetiaan kepada keluarga adalah nilai yang menjadi petunjuk kepada pakatan terapeutik.

## **BAB 6**

### **CADANGAN**

#### **6.1 Pendahuluan**

Bab ini membincangkan rumusan kajian, implikasi kajian (teori dan praktis), limitasi kajian dan saranan untuk memperbaiki kajian ini pada masa yang akan datang.

#### **6.2 Rumusan Kajian**

Secara umum, kajian ini telah berjaya mencapai objektifnya iaitu i) untuk mengkaji kesediaan PSP dan Keluarga mereka membina semula dan mengekalkan pakatan terapeutik ii) untuk mengkaji kesan pengekaln pakatan terapeutik bagi tempoh kritikal selama dua tahun ke atas potensi keupayaan PSP mengekalkan kepulihan atau kefungsiian hidup iii) untuk mengenalpasti faktor yang menjadi petunjuk kepada kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapuetik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka, dan iv) untuk meneroka kesesuaian modul terapi CFT (*Collective Family Therapy*) merawat subjek kajian dalam kalangan etnik Melayu.

Tiga orang PSP dan keluarga mereka berjaya mengekalkan pakatan terapeutik melepasi tempoh kritikal kepulihan selama dua tahun. Mereka juga berjaya mengekang relaps bagi tempoh tersebut. Hanya satu keluarga (Keluarga Kecil) gagal mengekalkan pakatan terapeutik kesan daripada gangguan ‘Bapa’ atau bekas suami Ibu kepada keluarga. ‘Bapa’ kepada ahli Keluarga Kecil bukan sahaja tidak terlibat dengan rawatan CFT malahan beliau dikenal pasti sebagai punca kepada tercetusnya pelbagai masalah dalam



keluarga tersebut. Kegagalan Keluarga Kecil mengekalkan pakatan terapeutik adalah selari dengan kegagalan PSP-A dari ini mengekang relaps bagi tempoh kritikal. PSP-A hanya mampu bertahan mengekang relaps selama satu tahun dari tempoh selepas menamatkan lapan sesi rawatan CFT. Menurut anak bungsu dari keluarga ini, “Abang (PSP-A) bergaduh besar dengan bapa sehingga nenek terpaksa masuk campur”, dan “Ibu tidak baik dengan bapa . . . rasanya sampai bila-bila tak akan baik.” Mengenai status penagihan semula PSP-A, ibunya menerangkan, ”A jatuh teruk. Dia *under psychiatrist treatment*. . . Dia kata metadon tak cukup, dia nak tambah dengan ‘ice’ (*shabu*). Doktor bagi dia ubat penenang . . .”

Kajian juga mendapati kesediaan membina pakatan terapeutik merupakan kecenderungan yang semulajadi dalam nilai amalan budaya kolektivisme etnik Melayu. Antara lain kecenderungan ini digerakkan oleh nilai-nilai seperti kesetiaan, identiti keluarga dan semangat bekerjasama. Dengan lain perkataan, gaya hidup etnik Melayu yang mengutamakan kepentingan keluarga mengatasi kepentingan individu, cenderung menangani masalah secara bekerjasama dalam bidang sosiobudaya, ekonomi dan politik, secara semulajadi telah menyediakan persekitaran yang kondusif kepada pembinaan dan pengekalan pakatan terapeutik. Dengan lain perkataan, hubungan silaturahim yang teguh antara ahli keluarga yang mengamalkan budaya kolektivisme Melayu boleh disamakan dengan pakatan terapeutik yang berkesan.

Penggunaan rekabentuk kuasi eksperimen dan penyelidikan berpanjangan (*longitudinal*) bagi tempoh dua tahun dalam kajian ini didapati sesuai dan menarik. Pendekatan rawatan (modul terapi keluarga CFT) yang menekankan pakatan terapeutik atau keupayaan PSP dan ahli keluarga mereka bertindak secara kolektif membantu PSP mengekalkan kepulihan, dalam kajian ini didapati amat mesra dengan nilai dan cara hidup masyarakat Melayu. Data yang diperoleh menunjukkan, setelah menjalani rawatan CFT semua subjek kajian bersetuju mengesyorkan CFT kepada lain-lain PSP dan keluarga mereka. Empat orang PSP dan keluarga mereka digunakan sebagai unit penyelidikan untuk melihat kesediaan dalam kalangan mereka membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik. Bukti kualitatif yang diperoleh melalui pemerhatian proses terapi yang dijalankan secara mendalam (*in-depth*), didapati berjaya menghurai fenomena yang dikaji secara yang terperinci. Data kuantitatif dalam bentuk peratusan digunakan untuk menguatkan hujah-hujah yang menyokong penerangan hasil kajian. Ini bersesuaian dengan jumlah responden yang kecil yang menganggotai empat kelompok kajian.

Analisis deskriptif dari segi peratusan menunjukkan, faktor identiti keluarga menjadi pertunjuk kepada kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik. Sebaliknya faktor yang menjadi petunjuk kepada pengekalan pakatan terapeutik ialah kesetiaan kepada keluarga. Perbezaan nilai kesetiaan dan identiti keluarga menghurai tahap atau *degree* komitmen individu dari segi hubungannya dengan keluarga. Untuk mengekalkan pakatan terapeutik bagi jangka masa pendek individu hanya memerlukan pengangan yang kuat kepada nilai identiti keluarga. Secara semulajadi, individu memiliki nama

yang dihubungkan dengan nama ketua keluarga mereka dengan perkataan 'bin' atau 'binti'. Kedenderungan individu mengidentifikasi kepada keluarganya adalah tinggi. Untuk mengekalkan pakatan terapeutik bagi jangka masa yang panjang, individu memerlukan komitmen yang lebih tinggi terutamanya apabila individu terlibat dengan pelbagai rol sebagai anak kepada keluarga asal mereka dan sebagai bapa atau ibu kepada keluarga masing-masing. Faktor tempat tinggal yang berasingan dan berjauhan daripada ibu bapa mereka (di mana individu menjadi anak) juga merupakan gangguan kepada keupayaan mereka menghadiri sesi setiap rawatan yang dijalankan. Hanya individu yang memiliki nilai kesetiaan kepada keluarga yang tinggi akan berusaha meletakkan keperluan keluarga mengatasi keperluan peribadi secara konsisten bagi jangka masa yang panjang. Sebagai contoh, kesetiaan boleh mendorong individu 'berkorban apa sahaja, harta atau pun nyawa' (petikan dari lirik lagu bertajuk 'Berkorban Apa Sahaja' nyanyian Biduanita Negara Saloma). Dengan demikian, dapatan kajian yang menjustifikasi kesetiaan sebagai petunjuk kepada pengekalan pakatan terapeutik bagi tempoh dua tahun adalah sesuai dalam konteks budaya kolektivisme Melayu.

### **6.2.1 Andaian Kajian**

Kajian ini dimulakan berdasarkan tiga andaian utama. Pertama, budaya mempengaruhi pemikiran dan tingkahlaku ahli-ahlinya (Matsomoto & Juang, 2008). Nilai kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan semangat bekerjasama yang lahir dari keperluan mengeratkan hubungan silaturahim dalam budaya kolektivisme Melayu digunakan untuk melihat kesediaan membina, meneruskan dan mengekalkan pakatan terapeutik. Budaya amalan etnik Melayu (termasuk ajaran agama), dalam hal ini dilihat sebagai membentuk sikap yang positif terhadap kerjasama dalam kalangan ahli keluarga untuk menjalin hubungan silaturahim yang kuat sesama mereka. Sebagai contoh, peribahasa Melayu menyarankan, “Yang berat sama dipikul dan yang ringan sama dijinjing. Ke gunung sama di daki, ke lurah sama dituruni. Hati gajah sama dilapah. Hati kuman sama dicecah”. Perhatian yang tinggi kepada kehidupan yang harmoni menjadikan kesejahteraan setiap ahli keluarga adalah sama penting dengan kesejahteraan diri sendiri seperti “Cubit paha kanan terasa di paha kiri” (Perumpamaan Melayu). Dalam kelaziman budaya kolektivisme, adalah menjadi tanggungjawab setiap ahli keluarga untuk membantu ahli yang bermasalah demi mengeratkan tali silaturahim dan menstabilkan kesejahteraan keluarga

Kedua, pakatan terapeutik boleh dibina dalam kalangan PSP dan keluarga mereka berasaskan rasa hormat dan menghormati, kesetiaan dan identiti keluarga (Tajfel, 1982; Sinha & Sinha, 1997; Kim, 1997). Sikap yang suka kepada saling membantu menjadi lebih bermakna dengan adanya persetujuan kepada satu matlamat yang sepunya untuk dicapai. Dalam kajian ini, ahli keluarga dan PSP sedia mengeneipkan konflik atau

selisih faham antara mereka, membentuk kelompok terapi keluarga CFT, menerima matlamat untuk mengukuhkan silaturahim (pakatan terapeutik) dan membantu PSP mengekang relaps.

Ketiga, dengan menggarapkan pemahaman tentang multibudaya, keterbukaan, mendefinisi semula istilah hormat (lawan durhaka), mengambil kira keperluan PSP dan keluarga mereka, pendekatan keluarga yang mesra budaya kolektivisme Melayu boleh dibina. Menurut Corey (2009a) adalah menjadi tanggungjawab kaunselor atau ahli terapi mengenalpasti pendekatan yang sesuai dengan keperluan klien berdasarkan budaya mereka sendiri. Dari kajian ini, modul terapi keluarga yang dibina (*Collective Family Therapy: CFT*) didapati sesuai digunakan untuk membina dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka dari bangsa Melayu yang mengamalkan nilai-nilai budaya kolektivisme.

Kerangka teoretikal kajian ini melihat PSP berada di dalam sub-budaya dadah manakala ahli keluarga mereka berada di dalam budaya majoriti kolektivisme Melayu. Pendekatan terbaik untuk memahami dan mengatasi masalah komunikasi antara mereka ialah pendekatan multibudaya (sila rujuk Rajah 1.6 Kerangka Teoretikal). Oleh itu, langkah pertama untuk membina kesediaan mengadakan pakatan terapeutik, dalam kalangan ahli kelompok terapi (subjek kajian), tentunya melibatkan usaha ahli terapi untuk membantu melihat permasalahan antara mereka dari kedua-dua perspektif multibudaya. Mereka perlu diberikan kesempatan untuk memahami isu-isu yang menghalang komunikasi antara mereka secara yang lebih mendalam. Kesedaran tentang wujudnya

ruang untuk menyatukan mereka melalui pakatan terapeutik, bagi mencapai matlamat mengekang relaps dan mengeratkan silaturahim antara mereka, akan mendorong mereka mengekalkan pakatan terapeutik bagi satu tempoh yang panjang. Dalam hal ini, nilai kesetiaan dan identiti keluarga yang sedia bersemadi dalam budaya kolektivisme Melayu kembali memainkan peranan sebagai pengikat yang kuat kepada kesinambungan tali silaturahim bagi satu tempoh yang panjang.

### **6.2.2 Budaya dan Gejala Sosial**

Persoalan-persoalan yang dikemukakan dalam kajian ini menjurus kepada usaha untuk memberi justifikasi kepada pandangan pengkaji bahawa masyarakat yang mengalami masalah sosial (contoh; penagihan dadah) boleh mencari kaedah menangani masalahnya dalam masyarakatnya sendiri. Secara mudah tanggapan ini boleh dihuraikan dengan merujuk kembali kepada bagaimana masalah atau gejala sosial itu terbentuk dalam sesuatu masyarakat atau komuniti. Pengambilan dadah itu 'salah' kerana individu yang menjadi ahli kepada budaya dan masyarakat tersebut sependapat atau sekurang-kurangnya majoriti ahlinya mengatakan pengambilan dadah itu 'salah'. Begitu juga sebaliknya, sekiranya majori ahli sesuatu masyarakat berpendapat bahawa melahirkan anak di luar jaringan pernikahan 'tidak salah' maka gejala melahirkan anak luar nikah tidak akan menjadi satu isu atau gejala sosial. Dengan demikian, dalam kajian ini, pengkaji menjadikan keluarga dan nilai-nilai budaya Melayu sebagai sandaran atau sumber terpenting untuk diterokai dalam mencari kaedah yang dianggap paling sesuai untuk mengatasi gejala penagihan semula atau relaps dalam kalangan PSP Melayu. Pemilihan relaps sebagai elemen untuk menguji elastisiti nilai hubungan silaturahim yang dijadikan asas kepada pakatan terapeutik keluarga dilakukan berdasarkan kadar statistik penagih dadah dan relaps yang tinggi (Laporan Dadah AADK 2003 – 2010) dalam kalangan etnik Melayu.

Gaya hidup yang saling bergantung antara satu ahli dengan yang lain diikat erat oleh nilai kesetiaan dan identiti keluarga (Masaki, 2003; Matsumoto & Juang, 2008) di dalam budaya kolektivisme Timur juga wujud dan dominan dalam budaya Melayu. Pemerhatian pengkaji mendapat bahawa walaupun konsep *codependency* dan *enabler* dikatakan mempengaruhi pemerhatian ramai pengkaji terhadap keluarga penagih dadah, keluarga subjek kajian penyelidikan ini, didapati tidak menjadi pendorong (*enabler*) kepada penagihan PSP. Pegangan agama mereka dalam hal penggunaan dadah dan perkara-perkara yang memabukkan berjaya mengawal tingkahlaku mereka daripada dipengaruhi oleh gaya hidup PSP. Kajian dalam budaya Barat (Drerup, Johnson & Bindl, 2011) juga mendapati bahawa pegangan agama mempunyai impak ke atas penolakan penggunaan alkohol. Malahan kepercayaan seperti “Syurga itu di bawah tepak kaki ibu” menyediakan kuasa kepada keluarga (ibu) untuk menarik PSP ke jalan yang benar atau bebas dadah. Dalam hal ini juga, Gruber dan Taylor (2006) juga mengatakan bahawa bagi keluarga yang mempunyai masalah dadah, keluarga itu sendiri boleh dilihat sebagai sumber pertahanan yang merupakan satu sistem risiko dan tenaga untuk kembali pulih (*resilience*). Dengan demikian, hubungan keluarga yang terbina menjadi pakatan terapeutik boleh membantu PSP mengekalkan kefungsiian hidup mereka. Kajian ini mendapati keluarga PSP dan hubungan erat mereka dengan PSP boleh membentuk pakatan terapeutik yang memberi kebaikan kepada mereka.



### 6.2.3 Perspektif Penyelidikan

Dari segi teoritikal, kajian ini melihat masalah penagihan dadah sebagai masalah psikososial yang melibatkan pengaruh persekitaran sosial seperti menurunnya pengaruh keluarga, meningkatnya pengaruh rakan sebaya dan proses akulturasi kepada budaya popular (seperti budaya Individualisme Barat dan sub-budaya dadah). Ahli keluarga yang menagih dadah (AKyM) terpisah daripada keluarga mereka apabila AKyM menganggotai Sub-Budaya Dadah manakala ahli keluarga mereka kekal dalam budaya asal datuk nenek mereka (Budaya Majoriti). Pada peringkat ini, komunikasi antara PSP dan keluarga mereka menjadi sukar dan tegang disebabkan kepentingan yang bercanggah. Keharmonian sistem keluarga (Teori Sistem) terganggu, seterusnya mendorong lain-lain ahli dalam keluarga bertindak untuk mengembalikan homeotesis sistem keluarga.

Perumpamaan Melayu menerangkan keadaan ini sebagai “Sebusuk-busuk daging dibasuh, dimasak, dimakan juga.” Perumpamaan ini menyediakan asas kepada keterbukaan (*openness*) khususnya untuk memaafkan AKyM, membantu memulihkan mereka, dan menerima semula ke pangkuan keluarga. Kekuatan hubungan keluarga digambarkan dengan perumpamaan “Air dicincang tidak akan putus”. Untuk membolehkan ahli keluarga membantu PSP, dalam kajian ini, pengkaji mengenalpasti kekuatan dalam sistem keluarga dan nilai budaya subjek kajian (kolektivisme Melayu), diperkasakan dan digunakan untuk membantu PSP dan keluarga secara kolektif mengatasi masalah homeotesis keluarga dan mengekalkan kefungsi PSP. Pendekatan ini mirip pendekatan Tyler (1961) yang mengatakan bahawa kekuatan (*strength*) yang

ada dalam diri individu klien, seperti pelbagai kaedah mengatasi masalah yang pernah digunakan sebelumnya, boleh digunakan untuk mengatasi masalah klien. Pandangan ini juga selari dengan pandangan Psikologi Positif atau model Kesejahteraan (*Wellness*) yang menekankan pentingnya mengenalpasti sebagai sumber atau kekuatan yang sedia ada, untuk diperbaiki dan digunakan semula bagi mengatasi masalah klien (Ivey & Ivey, 2007). Di sini pendekatan modul rawatan CFT berbeza dari pandangan Tyler dan Psikologi Positif dari segi ‘penekanannya tidak kepada individu tetapi kepada sistem keluarga dan nilai budaya kolektivisme Melayu’.

CFT, sekurang-kurangnya buat masa ini, adalah pendekatan rawatan yang khusus untuk PSP dan keluarga mereka daripada etnik Melayu. Pengkaji menganalisis perumpamaan seperti “Berat sama dipikul, ringan sama dijinjing. Hati gajah sama dilapah, hati kuman sama dicicah” untuk mengangkat pakatan terapeutik dan kelompok keluarga sebagai asas kepada pendekatan rawatan. Untuk membolehkan ahli keluarga dan PSP mendekati dan memahami antara satu sama lain, pengkaji mengupas maksud yang tersirat dalam perumpamaan seperti, “Lain padang, lain belalang”. Perumpamaan ini bermaksud adanya kepelbagaian dan perbezaan yang perlu difahami apabila mendekati kelompok manusia atau masyarakat yang berbeza pendekatan. Perbezaan ini perlu diterima sekiranya pengkaji mahu melihat wujudnya komunikasi yang bermakna antara ahli-ahli kelompok terbabit. Maka untuk itu pendekatan multibudaya paling sesuai digunakan dalam perkara ini.

Pemilihan pendekatan kelompok keluarga berlandaskan pakatan terapeutik dan multibudaya telah mendapat sokongan daripada pelbagai pihak khususnya para pengkaji-pengkaji. Simpson dan Starkey ( dalam Capuzi & Stauffer, 2008) yang mengatakan antara modaliti yang popular untuk merawat penagihan dadah dan bahan ialah kaunseling kelompok. Kejayaan Multidimensional Family Therapy (MDFT) dilaporkan mengatasi Cognitif-Behavior-Therapy (CBT) dari segi mengurangkan masalah yang berkaitan dengan dadah dan pelbagai tingkahlaku yang berkait dengan kesihatan mental dalam kalangan remaja (Sherman, 2010). Manakala Ivey dan Ivey (2007) memberi penekanan kepada kepelbagaian dan multibudaya dengan menganggapkan elemen-elemen tersebut sebagai perkara pokok dalam profesyen menolong di seluruh dunia. Persatuan Kaunseling Amerika (ACA, 2005) dalam *Guideline 3 – SKILLS*, antara lain mengatakan, "*The intentional interview or counselor strives to develop effective multicultural practice in these ways: (1) Through developing skills that are attuned to the unique worldview and cultures of a widely varying base of clients. Each skill, strategy, or helping theory is examined for this cultural appropriateness.*"

Dalam kajian ini walau pun penekanan multibudaya ditekankan, kecenderungan bias pengkaji boleh dilihat seperti berikut i) pengkaji yang berasal daripada etnik Melayu ii) mengadakan penyelidikan mengenai nilai-nilai etnik Melayu iii) menggunakan modul terapi keluarga (CFT) yang dibina berasaskan kelaziman dan gaya hidup orang-orang Melayu, dan iv) mempunyai matlamat untuk membina dan memperkukuhkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga Melayu untuk mengatasi masalah penagihan semula PSP Melayu. Walau bagaimana pun, justifikasi penyelidik dalam hal ini disandarkan kepada Teori Kritikal yang menyarankan bahawa realiti tidak mungkin diperolehi tanpa bias penyelidik yang berpunca sama ada daripada sejarah, politik, keadaan masyarakat, etnik, atau jantina (Hisada, 2003).

### 6.3 Implikasi & Sumbangan Kajian

Antara sumbangan utama diperoleh dari penyelidikan ini ialah i) memperkenalkan asas teori dan penggunaan model relaps dari perspektif budaya kolektivisme Melayu ii) modul rawatan relaps CFT iii) memperkenalkan alat ukuran pakatan terapeutik bagi subjek kajian daripada budaya kolektivisme Melayu iaitu IKMP.1, IKMP.2, dan IKMP.3 iv) memperkenalkan kaedah menilai proses menggunakan Borang Penilaian Proses Terapi ( BPT), dan v) penjelasan mengenai proses alkulturasi (individu menerap nilai sub-budaya dadah) dan enkulturasi (pembudayaan semula individu ke budaya asalnya) dalam kalangan penagih-penagih Melayu di Malaysia.

#### 6.3.1 Modul Terapi Keluarga Kolektif (CFT)

Penyediaan modul CFT sebagai terapi alternatif kepada lain-lain kaedah pencegahan relaps dapat membantu agensi pemulihan Kerajaan khususnya AADK dalam usaha mereka memantapkan program pencegahan relaps. Pengkaji berpendapat CFT sesuai digunakan sebagai pendekatan sisipan kepada Program Pra-Bebas AADK yang sedia ada. Objektif utama pendekatan ini ialah a) memulihkan hubungan silaturahim PSP dengan keluarga, dan b) menggerakkan ahli keluarga untuk bekerjasama membantu PSP mengekang relaps. Bagi jangka masa pendek, rumah keluarga boleh berperanan sebagai *half-way house* dengan menyediakan penginapan keperluan sara hidup buat sementara waktu sehingga PSP boleh berdiri di atas kaki sendiri untuk meneruskan kehidupannya tanpa dadah. Bagi jangka masa panjang ahli kelompok CFGT boleh digerakkan untuk membentuk kelompok sokong bantu (*support group*) bagi membantu sesama mereka mengatasi masalah relaps dalam komuniti.

Strategi rawatan CFT yang bersifat tidak langsung atau *indirect* sesuai dan mesra dengan gaya hidup orang-orang Melayu yang banyak menggunakan kiasan, perumpamaan dan bidalan. Ibarat ‘Pukul anak sindir menantu’ sasaran utama CFT pembinaan dan pengkalan pakatan terapeutik. Keadaan ini menyerupai kaedah perubatan yang menggunakan virus yang lemah untuk memperkasakan *antibody* untuk melawan serangan virus dari jenis yang sama. *Antibody* dalam konteks budaya kolektivisme ialah hubungan silaturahim atau pakatan terapeutik. Apabila pakatan terapeutik menjadi kuat, ia turut mendorong dan meningkatkan kesungguhan serta keupayaan PSP mengekang relaps.

### **6.3.2 Inventori Kesediaan IKMP.1, IKMP.2, & IKMP.3**

Dalam kajian ini, penggunaan ketiga-tiga alat ini didapati sesuai untuk mengukur kesediaan membina dan meneruskan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka. IKMP.1, IKMP.2 & soal selidik susulan IKMP.3 meminjam format *Working Alliance Inventory* (WAI) versi ringkas oleh Tracy dan Kokotovic, (1989), manakala gagasan, responden yang dijadikan sasaran, dan kesemua item yang digunakan adalah dibina sendiri mengikut keperluan kajian ini. Tiga gagasan yang digunakan ialah kesetiaan kepada keluarga, identiti keluarga dan persepsi keberkesanan pendekatan rawatan, manakala klien (PSP) dan keluarga mereka dipilih untuk menjadi responden sasaran berbeza daripada WAI yang menggunakan ahli terapi dan klien sebagai responden.

Inventori ini mempunyai tahap ketekalan kebolehpercayaan dalaman yang baik iaitu diantara di antara .639 hingga .879 didapati sesuai digunakan bagi tujuan mengukur pakatan terapeutik dalam kalangan etnik Melayu. Dalam kajian seterusnya, penambaan inventori ini akan dapat dilakukan di samping memperluaskan penggunaannya kepada mengukur pakatan terapeutik lain-lain etnik dalam yang mengamalkan budaya kolektivisme.

### **6.3.3 Borang Penilaian Proses Terapi (BPT)**

BPT yang dibentuk mengandungi sebelas item bertujuan untuk mendapat pandangan ahli yang berkecuali dalam membincangkan isu-isu ahli keluarga bagi setiap kelompok. Pemilihan item dibuat berdasarkan matlamat-matlamat kelompok yang lazim digunakan dalam lain-lain kelompok kaunseling atau terapi. Meningkatkan hubungan, memberi harapan, penerokaan, memberi maklumbalas, kartasis, peluasan sendiri, kerjasama, komitmen, hormat menghormati, mencapai matlamat kelompok uga merupakan ciri-ciri pakatan terapeutik. BPT adalah sesuai digunakan untuk pemprosesan kaunseling dan terapi yang menekankan penyelidikan yang mendalam.

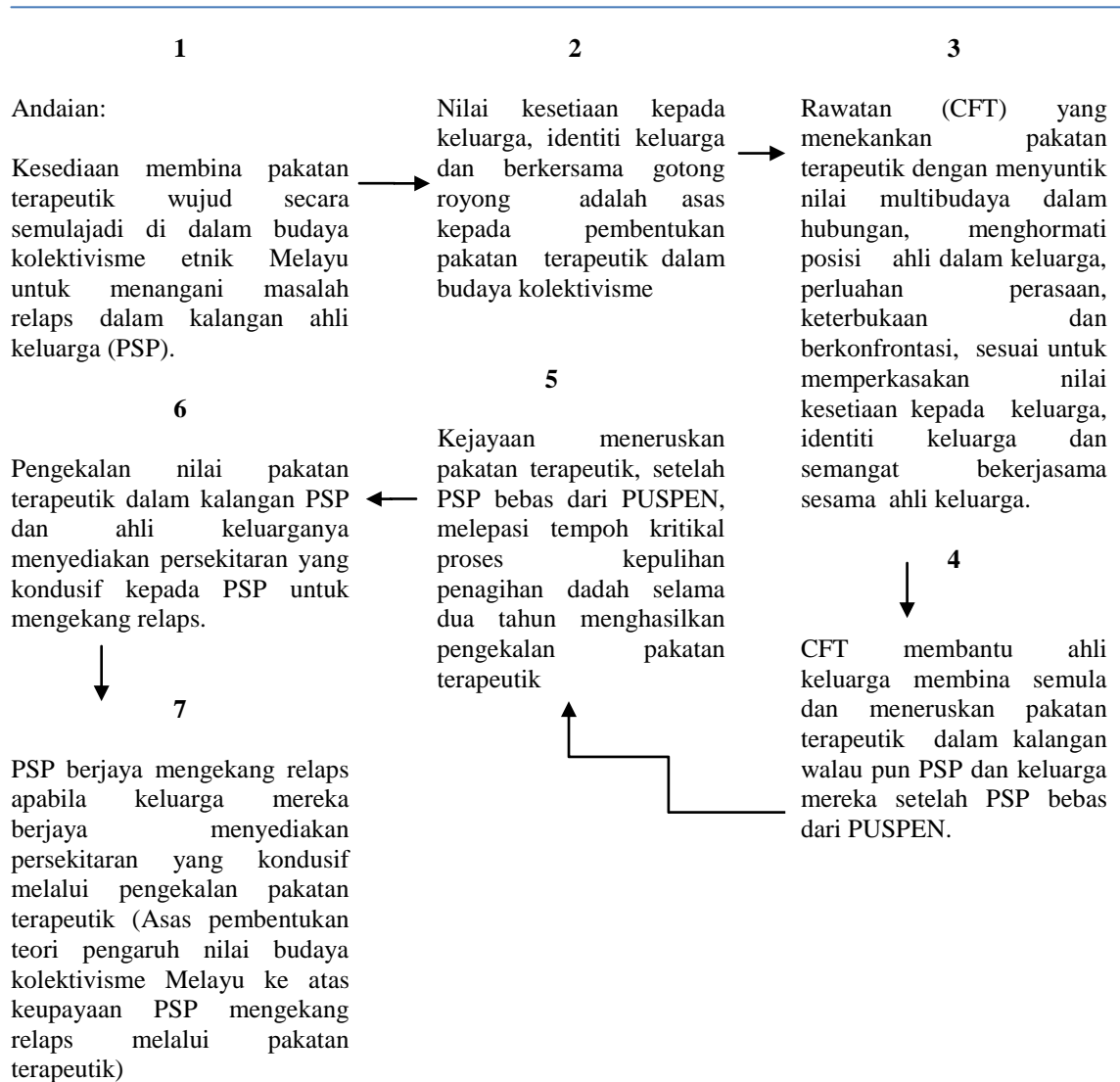
BPT mengandungi Bahagian A dan Bahagian B. Bahagian A mengandungi 11 item menggunakan penilaian Likert 4 skala (Tidak Perubahan (TB); Sedikit Berubah (B) Berubah /Sederhana Berubah (B); dan Banyak Berubah (BB). Bahagian B ialah catatan yang merupakan indikator kepada perubahan, sama ada secara langsung atau tidak langsung menyokong penilaian dalam bentuk skala di Bahagian B. Kedua-dua Bahagian A dan B adalah saling melengkapi untuk menjelaskan perubahan-perubahan

tertentu yang dikenalpasti oleh PAT berlaku sepanjang sesi rawatan dijalankan. Maklum balas dari pihak ketiga ini (PAT) penting bagi mengelakkan atau mengurangkan bias dalam penilaian yang diberikan.

#### **6.3.4 Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme**

Rajah 6.1 menunjukkan tujuh langkah pembentukan asas teori pengaruh nilai budaya kolektivisme Melayu ke atas keupayaan PSP mengekang relaps melalui pakatan terapeutik. Walau bagaimana pun, pada peringkat kajian ini, pengkaji belum berhasrat untuk mengeneralisasikan dapatan kajian ini tanpa kajian lanjutan untuk membuktikan dapatan ini berdasarkan lebih banyak data kuantitatif yang menyokong dapatan secara yang signifikan dan konsisten. Seperkara yang perlu diberi perhatian daripada dapatan kajian ini ialah keupayaannya menyediakan bukti bahawa keselarian antara keupayaan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dengan keluarga mereka (bagi tempoh dua tahun setelah menjalani rawatan CFT) dengan keupayaan PSP mengekang relaps.





**Rajah: 6.1: Asas Teori Rawatan Relaps Budaya Kolektivisme Melayu**

Rajah 6.1 menunjukkan tujuh tahap penyelidikan kualitatif yang bermula daripada andaian umum dan berakhir dengan terbentuknya asas sebuah teori. Asas ini boleh digunakan untuk membina teori berkaitan nilai-nilai budaya kolektivisme Melayu yang membentuk pakatan terapeutik secara semulajadi yang berupaya memperkasakan pakatan terapeutik dan menyediakan persekitaran yang kondusif kepada usaha PSP

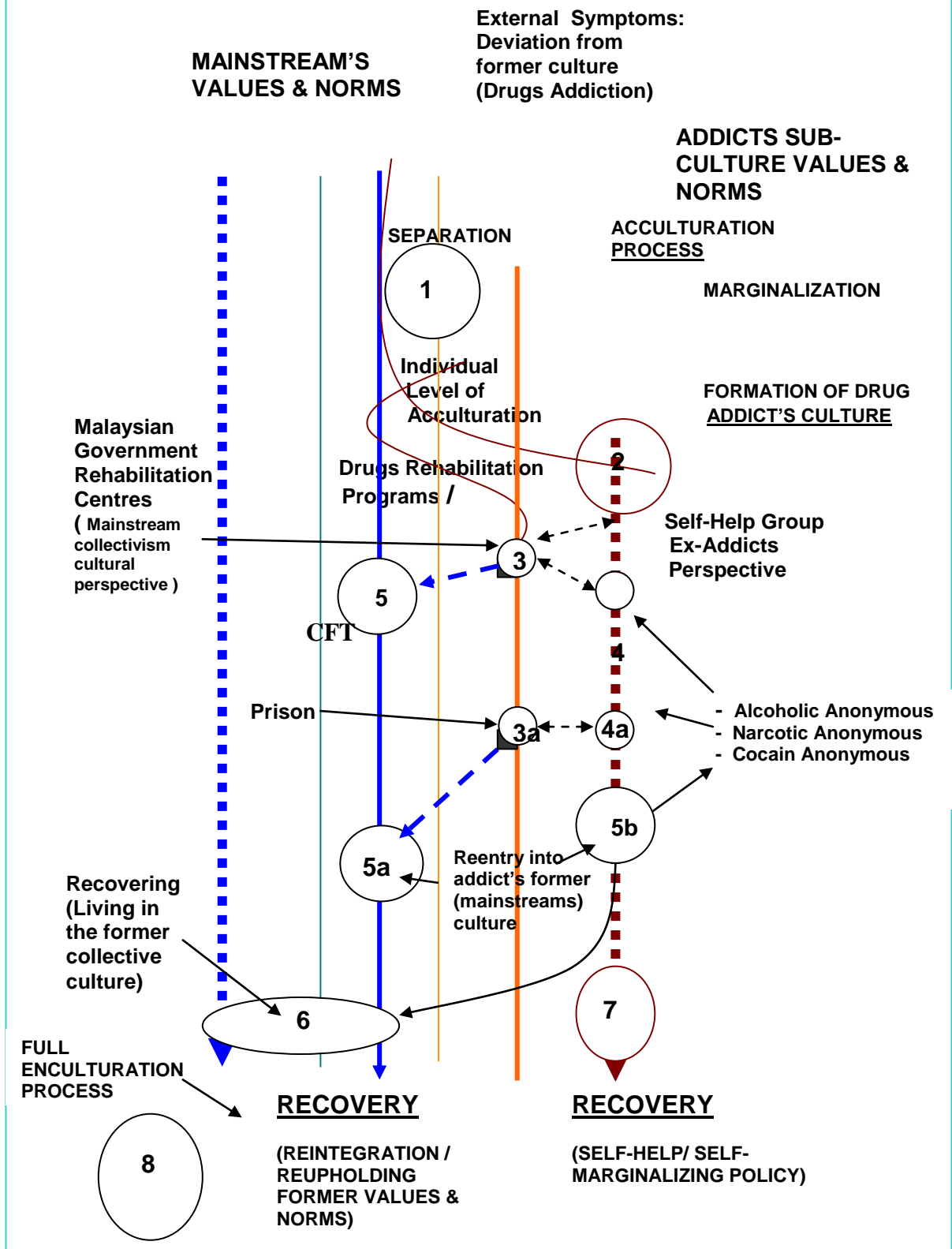
mengekang relaps. Adalah menjadi harapan pengkaji untuk terus mengkaji kemungkinan pembinaan teori ini dalam kajian-kajian yang akan datang.

### **6.3.5 Huraian Mengenai Proses Kepulihan Dari Perspektif**

#### **Budaya Kolektivisme Melayu**

Kajian ini memberi ilham kepada satu penjelasan yang menyeluruh mengenai proses penagihan, pemulihan dan kepulihan dalam konteks budaya kolektivisme Melayu di Malaysia. Melalui Jadual 6.2 di bawah ini, pengkaji menerangkan bahawa bagi individu dari budaya kolektivisme Melayu (Malaysia), kepulihan dilihat sebagai proses *“kembali ke pangkuan masyarakat asalnya dengan mengamalkan semula nilai budaya nenek moyang mereka”*. Ini bermaksud mereka perlu terlebih dahulu insaf, bertaubat, dan membuktikan kepada diri sendiri, keluarga dan masyarakat bahawa mereka telah berubah dan kembali menghayati budaya yang menjadi pengukur nilai moral masyarakat. Untuk merealisasikan ungkapan *”Sesat di hujung jalan, balik ke pangkal jalan”*, perkara utama yang diberi perhatian ialah untuk memastikan adanya tahap enkulturasi budaya majoriti Melayu di akhir proses untuk meninggalkan budaya dadah. Penerapan nilai-nilai sub-budaya dadah di awal tempoh penagihan individu perlu dibuang dan diganti semula dengan budaya asalnya. Ini juga merupakan matlamat akhir Program Rawatan & Pemulihan Dadah di bawah Agensi Antidadah (Buletin AADK, 2008) dan Program Pemulihan Jabatan Penjara Malaysia (Buletin Penjara, 2008). Dengan demikian, sebahagian besar komponen pemulihan di kedua-dua organisasi ini, seperti meningkatkan nilai bekerjasama dalam melakukan pelbagai aktiviti sosial dan spiritual (gotong-royong, kaunseling keluarga dan lain-lain pendekatan yang

**DRUG ADDICTION, REHABILITATION & RECOVERY IN MALAYSIA**



*Rajah 6.2: Senario Penagihan, Pemulihan dan Proses Kepulihan Di Malaysia*

menekankan sistem kekeluargaan, solat berjemaah dan sebagainya) adalah merupakan gaya hidup budaya kolektivisme yang cuba disemarakkan semula ke dalam diri PSP.

Bagi budaya individualisme Barat, kepulihan boleh bermaksud "*individu tidak lagi menggunakan dadah pilihan atau dadah kegemarannya atau lain-lain dadah,*" atau "*menggunakan lain-lain jenis dadah yang kurang kesan penagihannya bagi menggantikan pergantungan kepada dadah kegemarannya / pilihannya.*" Elemen utama yang membezakan dua definisi di atas ialah ketiadaan perkataan keluarga atau masyarakat, dan pengamalan semula nilai-nilai budaya asal masing-masing. Jadual 6.1 yang berikut ini adalah merupakan ringkasan yang menerangkan Rajah 6.2.

No. Titik	Penjelasan
1.	Individu bermula dengan pengambilan dadah
2.	Pemencilan individu dari keluarga dan masyarakat mereka bertambah jauh.
3.	Individu yang merasa terpencil dari keluarga dan masyarakat menyertai kelompok sub-budaya dadah.
4.	Individu cuba berhenti mengambil dadah dan berusaha mengamalkan budaya arus perdana, tetapi kurang berjaya atau mengalami relaps. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kegagalan berhenti mengambil dadah boleh menyebabkan mereka di tangkap dan dihukum Penjara atau ditahan di Puspem, AADK.</li> <li>– Mereka yang tidak ditangkap pihak berkuasa pencegahan dadah memasuki pusat pemulihan yang ditadbir NGO.</li> </ul>
5.	Setelah tamat hukuman / pemulihan <ul style="list-style-type: none"> <li>– individu yang menjalani pemulihan di organisasi kerajaan digalakkan pulang ke pangkuan keluarga / masyarakat bebas dadah (matlamat pemulihan tempatan – Malaysia).</li> <li>– Sebahagian lain memilih untuk mengintegrasikan diri mereka ke dalam masyarakat yang budayanya didominasi oleh penagih separa pulih dan bergantung kepada organisasi kepulihan seperti AA, NA atau CA.</li> </ul>
6.	Individu mengamalkan cara hidup yang selari dengan nilai dan amalan budaya yang mereka pilih (budaya arus perdana atau sub-budaya separa pulih (PSP)).
7.	Individu terus mengamalkan kehidupan berlandaskan budaya yang di dominasi penagih separa pulih (sub-budaya PSP).
8.	Individu yang memilih untuk mengasimilasikan diri mereka ke dalam keluarga / masyarakat melalui proses enkulturasi.

***Jadual 6.2: Ringkasan Proses Akulturasi dan Enkulturasi***

Proses akulturasi berlaku sebelum titik (1) iaitu sebelum individu mula mengambil dadah. Akulturasi merujuk kepada proses di mana individu mengadaptasi gaya hidup mereka dengan budaya selain daripada budaya mereka sendiri (Matsomoto & Juang, 2008). Pengambilan dadah merupakan petunjuk kepada berlakunya penyelewengan daripada nilai budaya nenek moyang yang melarang dan mengharamkan pengambilan

benda-benda yang menghayalkan seperti arak dan dadah. Proses akulturasi merupakan proses bagaimana individu daripada etnik minoriti belajar menyerap budaya majoriti atau budaya yang penting untuk memenuhi keperluannya. Bagi individu yang menagih dadah, mempelajari sub-budaya dadah adalah penting untuk memenuhi tabiat penagihannya. Akulturasi mempunyai sekurang-kurangnya dua komponen berbeza tetapi saling berkait. Pertama, adaptasi interbudaya yang merujuk kepada bagaimana individu mengubah tingkah lakunya atau cara mereka berfikir dalam satu persekitaran yang baru. Sebagai contoh, individu dari etnik Melayu budayanya mengharamkan pengambilan dadah, apabila mengambil dadah perlu mempersepsi tingkahlakunya positif dan persekitarannya bukan budaya Melayu tetapi budaya yang menghalalkan pengambilan dadah. Kedua, penyesuaian interbudaya yang merujuk kepada pengalaman yang subjektif yang dialami oleh individu semasa mereka menyesuaikan tingkahlaku dan pemikiran mereka. Bagi individu yang mempunyai asas budaya asal (seperti ikatan keluarga dan penganan agama) yang kuat, pengalaman untuk menyesuaikan diri dengan tingkah laku dan pemikiran baru mereka mengenai dadah merupakan pengalaman yang sukar dan begitu juga sebaliknya.

Pada titik (2), individual terus memencilkan diri lebih jauh dari masyarakat arus perdana (*mainstream*). Pada titik (4), individu mungkin masuk pergerakan pemulihan seperti pendekatan sokong-bantu (*self-help*) yang diasaskan oleh komuniti penagih separa-pulih. Setelah tamat program pemulihan ( pada titik 7), individu bebas untuk terus mengamalkan gaya hidup mengikut pandangan dan kepercayaan masing-masing dan mengekalkan pergantungan kepada kelompok sokong-bantu yang tertutup tanpa

perlu kembali kepada budaya masyarakat arus perdana. Pada titik (8) proses enkulturasi atau mengintegrasikan semula diri mereka dengan budaya asal nenek moyang mereka.

Kecenderungan untuk memilih sub-budaya penagih separa pulih di Barat diperteguhkan oleh dorongan kebanyakan program rawatan penagihan dadah yang menggalakkan peserta menyertai program kelompok sokong-bantu setelah tamat tempoh pemulihan yang formal. Di Amerika misalnya terdapat peruntukan undang-undang yang mengkehendaki penagih yang berada di dalam proses kepulihan, menganggotai kelompok sokong-bantu sebagai alternatif kepada hukuman penjara. Bagi kelompok PSP ini, mereka didorong untuk terus mengamalkan nilai-nilai yang dipelajari dalam organisasi seperti *Alcoholic Anonymous* atau *Narcotic Anonymous*, dan terus bergantung kepada rakan sebaya mereka yang '*pernah tetapi tidak lagi mengambil dadah*' sepanjang hayat mereka. Budaya sub-budaya dadah khusus mengasingkan diri daripada masyarakat arus perdana (*mainstream*), boleh diterima oleh dalam masyarakat Barat disebabkan budaya individualisme Barat lebih memberi penekanan kepada kecemerlangan atau kejayaan individu bukan kepada kelompok seperti yang berlaku dalam masyarakat yang mengamalkan budaya kolektivisme.

### **6.3.6 Model Penagihan & Pemulihan Dadah Dari Perspektif Budaya**

Huraian di atas seterusnya menghasilkan model penagihan dan pemulihan dadah daripada perspektif budaya yang memberi penekanan kepada proses akulturasi, enkulturasi dan asimilasi budaya (sila rujuk Rajah 1.1) pada Bab 1 laporan kajian ini. Model ini menekankan untuk menjadi penagih dadah, individu akan mendekati diri dan mempelajari sub-budaya dadah. Untuk meneruskan statusnya sebagai pengguna dan penagih dadah, individu menerapkan sub-budaya dadah dalam kehidupannya. Demikian juga sebaliknya, untuk meninggalkan tabiat menagih dadah, individu perlu mempelajari dan menerap semula budaya asalnya atau budaya majoriti keluarganya. Seterusnya untuk kekal bebas dari penggunaan dadah individu perlu mengamalkan nilai budaya majoriti. Ini dimudahkan dengan wujudnya sokongan dan pakatan terapeutik dalam kalangan individu yang menagih atau menggunakan dadah dengan keluarga mereka. Keluarga adalah unit yang penting dan berpengaruh di dalam sesuatu budaya.



#### 6.4. **Limitasi Kajian**

Terdapat beberapa limitasi kajian ini yang memerlukan perhatian kepada penyelidik-penyelidik yang akan datang seperti masalah persampelan, penggunaan orientasi kelompok terbuka, dan generalisasi. Untuk mendapatkan subjek kajian dalam kalangan PSP, pendekatan kajian ini ialah dengan menawarkan penyertaan secara sukarela. Begitu juga dengan penyertaan ahli keluarga PSP adalah juga berdasarkan sukarela. Pengkaji dengan itu perlu berusaha bersungguh-sungguh untuk meyakinkan bakal subjek kajian mengenai kebaikan atau faedah menyertai projek kajian ini untuk mendapatkan penyertaan mereka. Di samping itu, sepanjang perjalanan penyelidikan, pengkaji juga perlu memastikan tiada keciciran berlaku terutamanya ahli keluarga PSP yang kesemuanya tinggal di luar PUSPEN. Dengan lain perkataan, pengkaji tidak ada kawalan ke atas kehadiran subjek kajian ke sesi rawatan.

Kajian ini menggunakan kelompok kajian yang ahlinya terdiri daripada ahli keluarga PSP yang sebenar (termasuk ahli dari keluarga tambahan (*extended family*)). Dengan demikian, jumlah ahli kelompok kajian tidak dapat ditentukan dan ia berdasarkan kepada 'jumlah ahli keluarga yang bersetuju untuk hadir sesi rawatan'. Jumlah ahli keluarga atau ahli kelompok terapi yang dijalankan adalah tidak sama. Keadaan ini menghalang penggunaan pendekatan kuantitatif dan ia juga dikhuatiri menjejaskan hasil keputusan yang hendak dicapai.

Limitasi kajian seterusnya ialah kajian ini walau pun mengambil masa yang panjang (*longitudinal*), dapatannya tidak boleh digeneralisasikan atas sifatnya yang kualitatif dan data kuantitatifnya yang kecil. Dapatan kajian sekadar menghurai fenomena yang melibatkan kelompok subjek kajian sahaja.

#### **6.4.1. Limitasi Pendekatan Teori Penyelidikan**

Dari segi teoritikal, kajian ini membataskan masalah penagihan dan rawatan dadah sebagai masalah psikososial yang termasuk di dalamnya pengaruh hubungan keluarga budaya kolektivisme Melayu, nilai-nilai terapeutik dalam budaya, perbezaan budaya atau multibudaya, pakatan terapeutik, persekitaran dan rakan sebaya, akulturasi atau penghijrahan budaya dan sebagainya. Teori-teori yang turut digunakan merangkumi Teori Budaya, Teori Multibudaya, Teori Sistem, Teori Pembelajaran Sosial, Perspektif Multibudaya Adlerian di samping falsafah Psikologi Positif atau model Kesejahteraan (*Wellness*). Kesemua teori-teori ini merujuk kepada individu dengan keluarga, masyarakat dan persekitaran sosial.

Pengkaji dengan sengaja tidak menyentuh lain-lain pendekatan yang telah mendapat tempat di negara ini khususnya biopsikofamakologi atau *Methodone Maintenance* (MMT) mengambilkira pandangan agama masyarakat subjek kajian yang menyamakan ‘sesuatu yang memabukkan ini’ sama seperti arak dan dadah. Begitu juga isu-isu yang berkait dengan hubungan keluarga, nilai-nilai budaya dan persekitaran sosial adalah merupakan perkara-perkara yang berada di dalam ‘kawalan subjek kajian’ atau sesuatu

yang boleh mereka lakukan sendiri, berbanding dengan isu-isu bidang perubatan atau farmakologi. Kekuatan (*psychological strength*) sama ada yang terdapat di dalam individu atau sistem keluarga boleh digunakan untuk membantu subjek kajian mengatasi masalah yang mereka hadapi. Keupayaan menggunakan apa yang mereka (subjek kajian) ada, boleh mengeluarkan mereka dari fenomena “pemerhati yang pasif” dalam menghadapi masalah mereka sendiri tanpa boleh berbuat sesuatu. Ini merupakan antara contoh pendekatan yang ‘mengambil kira nilai dan sensitiviti’ subjek kajian yang mengamalkan budaya kolektivisme Melayu. Dengan demikian, untuk menghurai faktor yang menjadi penyebab kepada penagihan dadah, pendekatan pemuliharaan dan rawatan, pengkaji mengintegrasikan model sosial/ persekitaran, teori pembelajaran sosial dan teori budaya dan multibudaya dan falsafah psikologi positif.

Limitasi penggunaan teori dalam kajian ini khusus teori-teori yang sudah mendapat tempat di dalam bidang dadah, rawatan dan pemulihan seperti biopsikofarmakologi menjadikan pendekatan CFT kelihatan terkebelakang. Ini tidak pula bermakna pengkaji menolak terus teori atau pendekatan yang terkini dan telah terbukti keberkesanannya. Fokus pengkaji, dalam kajian ini ialah pada fasa pra-bebas Program Pemuliharaan Dadah PUSPEN. Ini bermakna, subjek kajian (PSP) telah melalui fasa rawatan, termasuk detoksifikasi yang boleh menggunakan ubat-ubat bagi mengurangkan kesakitan yang dialami oleh klien. Fasa pra-bebas merupakan fasa kedua sebelum PSP memasuki atau pulang ke pangkuan masyarakat dan seterusnya ke pangkuan keluarga.

#### **6.4.2. Limitasi Praktis**

Limitasi praktis yang paling ketara ialah pendekatan CFT tidak boleh memberi ruang kepada mereka yang menjalani program Metadon secara serentak. Maksudnya, sekiranya individu di bawah pengaruh metadon, beliau tidak boleh menjalani terapi keluarga CFT. Pendekatan biofarmakologi dari pandangan pengkaji, dalam konteks rawatan dan pemulihan di Malaysia sesuai digunakan semasa PSP berada di dalam pusat-pusat pemulihan mengambilkira keupayaan pihak berwajib mengawal penyalahgunaan ubat-ubat yang digunakan dalam kalangan pelatih. Apabila kawalan keluarga diperlukan, maka keluarga perlu diberi pengetahuan, dilatih dan didorong mengamalkan pakatan terapeutik dalam hubungan mereka (PSP dan keluarga mereka) sekeluarga. Dengan lain perkataan, perlu ada satu garis pemisah di antara penggunaan metadon dengan rawatan CFT.

Limitasi praktis juga termasuk kesukaran untuk mendapatkan penglibatan keseluruhan ahli keluarga dalam sesi terapi yang dijalankan. Menurut Wormer dan Davis (2008), di Barat pendekatan terapi keluarga kurang digunakan disebabkan wujudnya stigma sosial dan kecenderungan ahli keluarga yang lebih suka merujuk kes mereka kepada ahli profesional atau kelompok sokong bantu. Kesukaran untuk mendapat penyertaan semua ahli keluarga juga menyebabkan lebih banyak pusat-pusat pemulihan di Barat menggunakan terma terapi keluarga untuk merujuk khidmat nasihat yang diberikan kepada ahli keluarga “ . . . *often little more than lip service is given to family members' needs by these treatment centers.*” (Wormer & Davis, 2008). Kerap kali ‘keluarga’ yang

wujud tidak memenuhi kriteria keluarga tradisional atau keluarga sebenar, manakala kepentingan keluarga besar (*extended family*) sebagai sumber terapeutik yang penting sudah tidak dapat dipertahankan. Ini amat berbeza dalam kes subjek yang berasal daripada budaya kolektivisme Melayu yang menjalani rawatan CFT. Hasil kajian ini mendapati bahawa kesemua subjek kajian yang membentuk empat kelompok kajian, berjaya menamatkan kesemua sesi rawatan mereka dengan jayanya.

Dari segi kos anggaran pelaksanaan CFT dalam Program Pra-Bebas AADK di PUSPEN, pada peringkat permulaannya sejumlah peruntukan diperlukan untuk menjalankan sesi kelompok keluarga CFT. Apabila sekumpulan ahli terapi dapat dilatih, PUSPEN tidak perlu mengeluarkan bajet yang banyak. Tenaga mahir yang sedia dimiliki oleh PUSPEN boleh digunakan bagi tujuan ini.

## 6.5. Saranan Kajian

Melalui penyelidikan ini, pengkaji mempunyai tiga saranan untuk dikemukakan. i) melaksanakan kajian yang sama menggunakan sampel yang lebih besar, ii) penggunaan CFT sebagai pendekatan lanjutan kepada program pemulihan institusi, dan iii) melibatkan keluarga sebagai sebahagian daripada program pemulihan Negara.

Saranan pertama, kajian ini berjaya mencapai matlamatnya – membantu PSP dan keluarga mereka membina dan mengekalkan pakatan terapeutik, dan menyediakan ahli keluarga dengan kemahiran mencegah relaps, namun dengan sampel yang kecil dan bersifat kualitatif, ia masih belum boleh digeneralisasikan kepada populasi masyarakat Melayu. Saranan pengkaji supaya kajian-kajian akan datang memberi penekanan kepada jumlah subjek yang lebih besar. Pengkaji juga suka menyarankan penggunaan gabungan kualitatif dan kuantitatif kerana menurut Hisada (2003), keputusan yang terhasil dari kaedah gabungan ini adalah lebih menyakinkan.

Kedua, penggunaan modul CFT bagi penghuni PUSPEN yang berada dalam fasa pra-bebas yang mempunyai antara tiga hingga empat bulan baki tahanan, sebelum mereka dibebaskan. adalah menggalakkan. Dalam kalangan orang-orang Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme, mendokong semangat bekerjasama dan bergotong royong, kesediaan membina pakatan terapeutik adalah bersifat semulajadi. Ahli terapi yang berpengalaman hanya memerlukan sedikit latihan untuk mendorong dan memperkasakan nilai semulajadi ini menjadi pakatan yang bermakna melalui CFT.

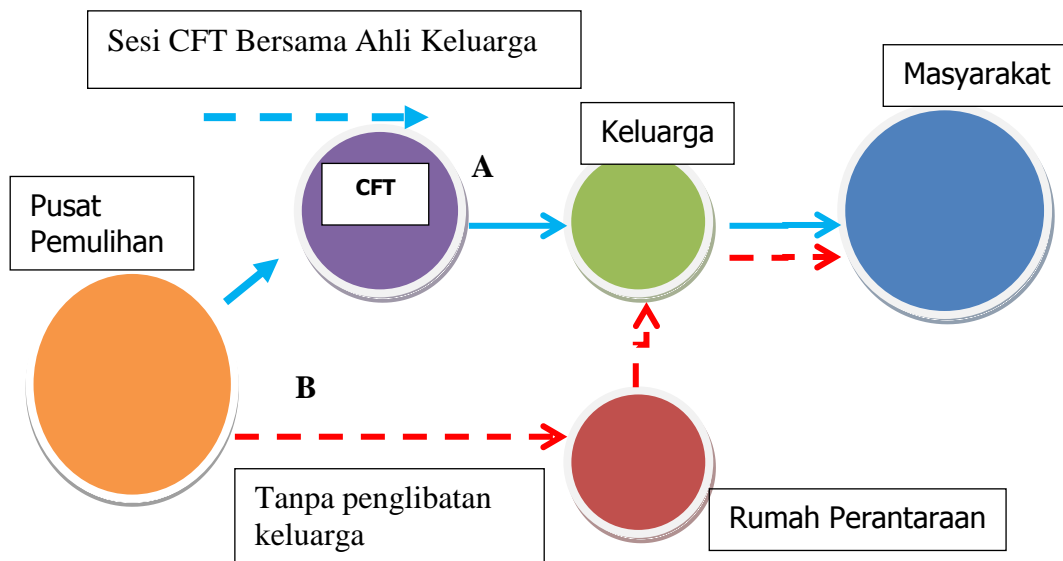
CFT didapati sesuai dengan subjek daripada budaya kolektivisme Melayu yang memberi penekanan khusus kepada memperkasakan nilai-nilai terapeutik dalam budaya Melayu. Dalam kajian ini, sekurang-kurang tiga perkara penting yang menyebabkan proses membina pakatan terapeutik antara PSP dengan keluarga mereka menjadi lebih mudah ialah; i) pengkaji berasal daripada etnik Melayu (memahami sensitiviti orang-orang Melayu), ii) modul terapi keluarga (CFT) dibina berasaskan kelaziman dan gaya hidup orang-orang Melayu, dan iii) matlamat membina, memperkasa dan mengekalkan pakatan terapeutik dalam kalangan PSP dan keluarga mereka, memenuhi kehendak kedua-dua pihak dan sesuai budaya dan ajaran agama mereka. Sebagai contoh, tingkah laku yang terlazim di dalam sesebuah keluarga di dalam budaya kolektivisme seperti menghormati ibu bapa dan ahli keluarga yang lebih tua, akur serta menerima nasihat ibu bapa, bercakap dengan cara yang tertib dengan ibu bapa, nasihat menasihati, bertolong-tolongan dan mengambil berat terhadap ahli keluarga yang mengalami kesusahan dipupuk semula dan diperkasakan melalui CFT. Nilai-nilai asas psikoterapi yang disuntik melalui CFT seperti keterbukaan dalam hubungan keluarga, konfrontasi secara yang bersopan, mendefinisi semula konsep durhaka, biadap, kurang sopan, memupuk nilai saling menghormati dan memahami dari perspektif multibudaya, membantu pengamalan komunikasi yang berkesan. Hasil kajian ini menunjukkan, amalan nilai-nilai terapeutik dalam kelompok keluarga membantu PSP mengekalkan kefungsiian hidup mereka bagi tempoh dua tahun selepas mereka mendapat rawatan CFT.

CFT boleh mengisi kekosongan kaedah yang mesra budaya Melayu bagi menangani isu-isu sosial dalam masyarakat Melayu seperti penagihan dadah di samping membantu memupuk dan mengekalkan nilai-nilai kehidupan kekeluargaan budaya tradisional kolektivisme Melayu yang terapeutik. CFT juga boleh diperkembangkan kepada CFT atau *Collective Family Therapy* yang menggabungkan wakil dari beberapa buah keluarga yang terlebih dahulu menjadi ahli CFT bagi membincangkan relaps atau lain-lain gejala sosial di peringkat yang lebih besar meliputi wakil-wakil komuniti. CFT juga boleh diperkembangkan kepada lain-lain kelompok etnik yang mengamalkan nilai budaya kolektivisme.

Saranan ketiga ialah supaya rumah keluarga mengambil alih peranan '*a half-way house*'. Sekiranya pakatan terapeutik berjaya bertahan sehingga tamat sesi rawatan, kemungkinan pakatan yang dibina ini diteruskan di luar PUSPEN atau di dalam persekitaran keluarga, sebelum bergerak selangkah lagi ke dalam masyarakat, adalah lebih tinggi. Di sini, keluarga boleh memainkan peranannya sebagai orang-orang yang signifikan kepada proses kepulihan mereka. Ini kerana pakatan terapeutik mengikat PSP dan keluarga mereka dengan ikatan silaturahim yang penuh tanggungjawab dan kasih sayang daripada keluarga sebenar yang memahami dan ikhlas membantu satu sama lain.



Rajah 6.3 menunjukkan kesinambungan Program Rawatan dan Pemulihan Dadah dalam institusi di PUSPEN atau Penjara. Untuk pulang ke pangkuan masyarakat dan menganggotai masyarakat madani (*civil society*) PSP boleh melalui dua laluan yang berbeza, A) Program CFT – Ke Pangkuan Keluarga – Ke Pangkuan Masyarakat, B) Program Pemulihan – Rumah Perantaraan – Ke Pangkuan Keluarga – Ke Pangkuan Masyarakat.



**Rajah 6.3: Dua Laluan Ke Pangkuan Masyarakat 390**

## 6.6. Rumusan Keseluruhan

Pakatan terapeutik atau pakatan kerja bukan asing dengan budaya kolektivisme etnik Melayu. Walau pun konsep hubungan terapeutik yang dipelopori oleh sarjana Barat hampir sejak pertengahan tahun 1900an (Rogers, 1957; Bodin, 1979), konsep ini hidup subur di dalam budaya Melayu sejak zaman berzaman. Bergotong royong, berkerjasama dan mengambil berat terhadap kebajikan ahli keluarga besar dan masyarakat adalah merupakan nilai yang penting tidak sahaja di dalam hubungan kerja malahan hampir keseluruhan pengurusan kehidupan harian masyarakat Melayu seharian. Namun dari segi penggunaannya dalam bidang psikoterapi, pakatan terapeutik lebih dahulu dikenali oleh para penyelidik Barat sebagai elemen utama kejayaan rawatan psikoterapi.

Sorotan literatur menunjukkan para pengkaji Barat kurang memberi perhatian kepada pakatan ibu bapa dengan penagih separa pulih (anak) secara langsung tetapi rata-rata memberi perhatian kepada pakatan antara ahli terapi dengan klien (orang dewasa atau remaja) dan ahli terapi dengan ibu bapa (Zigler & Block, 1989; Kahan, 1995; Umberson, 1998; Weaver, 2003). Pendekatan rawatan dadah seperti kelompok sokong bantu Alcoholic Anonymous dan Narcotic Anonymous juga tidak menggalakkan pakatan langsung antara keluarga sebenar dengan PSP atau pengguna dadah. Keadaan ini boleh berpunca dari peranan ibu bapa yang dikatakan kurang signifikan dalam kehidupan individu berbanding dengan budaya kolektivisme Timur (Roland, 1988). Berbeza dengan budaya kolektivisme Melayu, kerjasama dan pakatan antara ahli keluarga dan masyarakat setempat dilaksanakan secara berkelompok untuk upacara-upacara terapeutik

dan spiritual seperti mengubati pesakit (membaca surah Yasin) atau memohon restu Allah untuk mengatasi masalah dan musibah seperti bencana alam dan wabak penyakit berjangkit dan sebagainya. Namun begitu, kajian-kajian pengkaji Barat tetap mendapati, ibu bapa / keluarga atau orang-orang yang signifikan merupakan sumber pendorong perubahan tingkah laku yang penting di dalam masyarakat mereka (Knight & Simpson, 1996; Kahan, 1995; Umberson, 1998).

Hubungan kekeluargaan dalam budaya Melayu, walau pun dicemari pengaruh budaya-budaya yang lebih besar dan popular, ia dikatakan masih sebagai satu budaya yang mempunyai struktur yang kuat. Sebagai contoh, Khoo Kay Kim, (2001), dalam bukunya "*Malay Society; Transformation & Democratistion*", menulis pemerhatian beliau ke atas budaya Melayu seperti berikut;

*"Malay society itself ia a challenging puzzle. One is amazed that, despite various interesting past developments, the structure of the society even today has not be radically altered; but the country has indeed undergone drastic transformation since the late 18th century. The resistance to radical change has sometimes been interpreted as a source of weakness but, in effect, it has been the very foundation upon which the country's political system rests."* (m.s 126)

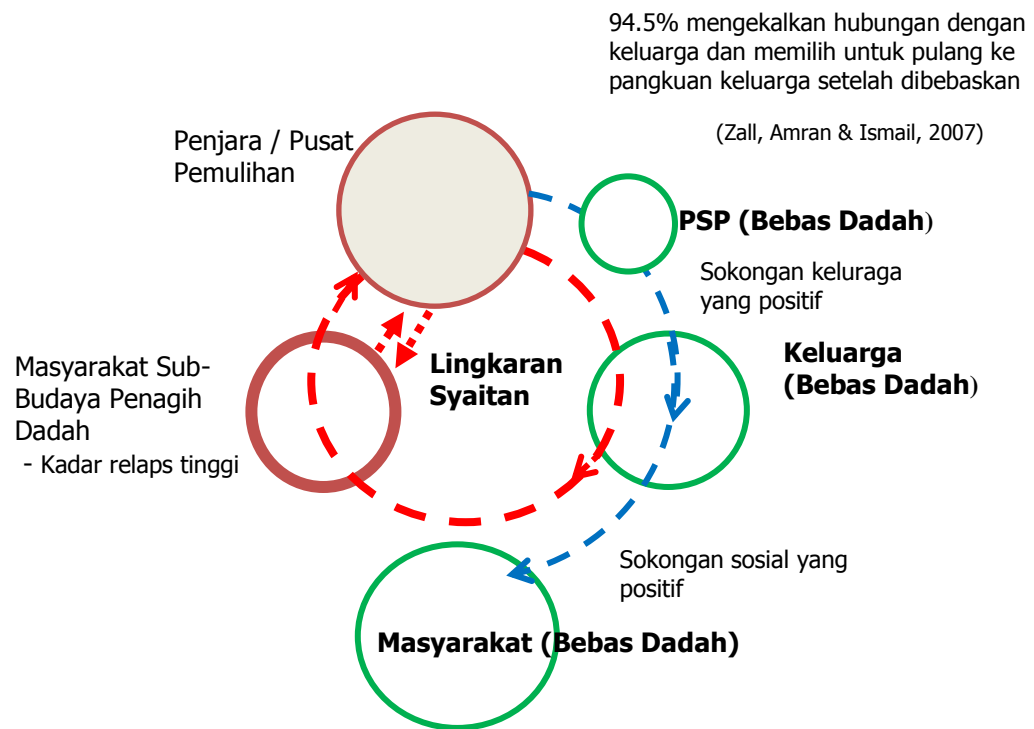
Mematuhi hukum alam yang mengatakan tidak ada perkara atau benda yang kekal di dunia ini sebaliknya sentiasa berubah-ubah, maka begitu juga dengan struktur budaya Melayu yang tetap mengalami perubahan walau pun bergelut menghalang pengaruh budaya asing. Malahan dalam dunia yang tanpa sepadan pada hari ini, tiada budaya yang terkecuali dari dipengaruhi dan diubah, oleh budaya-budaya besar dunia yang lebih popular dan berpengaruh. Media seperti siber dan internet, television, radio dan sebagainya agen perubahan yang sangat berpengaruh diterima di seluruh pelusuk dunia. Dengan demikian, proses penyerapan pengaruh budaya-budaya yang asing ini atau akulturasi, akan tetap dan terus berlaku sama ada disenangi atau tidak oleh ahli-ahli sesuatu budaya, termasuk budaya Melayu. Sebagai contoh, menyalahguna dadah yang menjadi masalah utama negara masa kini tercetus daripada perbuatan meniru gaya hidup budaya Barat yang menekankan kebebasan dan hak individu untuk melakukan apa sahaja yang mereka inginkan. Hak dan kecenderungan membebaskan diri daripada ikatan budaya dan kelaziman-kelaziman yang menjadi amalan generasi sebelumnya menjadikan individu hilang pedoman untuk mencari sesuatu yang sesuai dengan diri dan kehendak mereka.

Secara umum, keteguhan struktur budaya Melayu didapati berjaya mengekalkan gaya hidup kolektivisme khususnya menghargai nilai-nilai kekeluargaan seperti menghormati ibu bapa dan ahli keluarga yang lebih tua, dan hubungan silatuahim. Ini adalah isu pokok dalam usaha untuk membina semula hubungan terapeutik di antara penagih separa-pulih dengan keluarga mereka. Zall, Amran dan Ismail (2007), ke atas penghuni pusat pemulihan dadah di Sabah. Mereka mendapati 94.5% responden masih cenderung

mengekalkan hubungan dengan keluarga mereka sepanjang menjalani program pemulihan, dan memilih untuk pulan ke pangkuan keluarga setelah keluar dari pusat pemulihan. Faktor budaya kolektivisma yang mendokong nilai-nilai penting seperti menghormati ibu bapa, [*“Syurga di bawah tapak kaki ibu”* (Perumpamaan Melayu)], mementingkan keakraban ikatan silaturahim dalam kalangan ahli keluarga [ *“Carik-carik bulu ayam lama-lama bercantum juga”* ; *“Air dicindang tidak akan putus”* (Perumpamaan Melayu)] masih lagi dilihat sebagai rujukan yang menjadi asas kekuatan hubungan keluarga.

Hubungan ibu bapa dengan penagih atau PSP walau pun lazimnya dikatakan sentiasa tegang, dalam kontek penagih di Malaysia , kerjasama dan pakatan terapeutik di antara PSP dan keluarga masih boleh dipulihkan. Keyakinan ini adalah berdasarkan kajian ke atas banduan dadah di Penjara Kajang, Selangor , Penjara Jelebu, Negeri Sembilan, dan penghuni Rumah Pemulihan Dadah Pengasih, Kuala Lumpur mendapati perkara yang paling merunsingkan mereka apabila memikirkan hari-hari setelah mereka dibebaskan ialah penerimaan masyarakat (Zall, 1984: 2004). Ini bermaksud mereka masih mengharapkan untuk *“kembali kepangkuan keluarga/masyarakat”*.

Sebahagian besar penagih yang sedang menjalani pemulihan di pusat-pusat pemulihan dadah dan penjara di dapati masih mengekalkan hubungan mereka dengan ahli keluarga terutamanya ibu bapa. Zall, Amran, dan Ismail (2007) mendapati 94.5 peratus penghuni sebuah pusat pemulihan dadah di Sabah memilih untuk pulang ke pangkuan keluarga setelah menamatkan program pemulihan. 87.9% peratus masih memegang kepercayaan bahawa “*Syurga di tapak kaki ibu*”, 90.1% mengakui bahawa ibu bapa dan keluarga adalah penting bagi mereka, dan 85.4% mengakui bahawa “keluarga” bagi mereka ialah keluarga besar atau keluarga kolektivisme tradisional yang mengandungi datuk, nenek, ibu, bapa, saudara sebelah ibu dan bapa, abang, kakak dan adik. Kajian juga menunjukkan terdapat persepsi atau sokongan sosial yang positif dalam kalangan di kalangan ibu bapa, ahli keluarga penagih dan kawan-kawan terhadap PSP (Zall, Balan & Joki, 2009). PSP terlebih dahulu pulang ke pangkuan keluarga sebelum terlibat semula dengan rakan sebaya yang negatif. Ini bermakna keluarga mempunyai peluang untuk membantu atau menghalang mereka kembali kepada tabiat menagih semula dan di pengaruhi oleh kawan-kawan mereka yang masih menagih. Hubungan PSP dengan masyarakat bebas dadah lebih kecil berbanding dengan keluarga mereka sendiri. Ini menjadi pertanda bahawa keluarga dalam kalangan PSP Melayu masih signifikan walaupun mereka pernah “*menconteng arang*” ke muka keluarga mereka.



**Rajah 6.4: Proses Kepulihan & Lingkaran Syaitan**

Rajah 6.4 di atas menunjukkan andaian pengkaji mengenai tren PSP yang menjalani proses kepulihan. Setelah dibebaskan dari penjara atau pusat-pusat pemulihan, i) sebahagian besar PSP dari kalangan etnik Melayu akan pulang ke pangkuan keluarga ii) peratusan yang sangat kecil dalam kalangan mereka membina jaringan hubungan dengan masyarakat yang bebas dadah, dan iii) setelah merasa gagal mendapatkan perhatian dan bantuan keluarga dan masyarakat bebas dadah, mereka akan kembali mendapangi masyarakat sub-budaya penagih dadah dan kembali mengambil dadah, seterusnya tertangkap di dimasukkan semula ke dalam penjara atau pusat pemulihan.

Rajah 6.4 mencadangkan bahawa terdapat peluang yang besar untuk keluarga dan PSP membina pakatan terapeutik di sebabkan kecenderungan PSP kembali kepada keluarga terlebih dahulu setelah bebas atau keluar institusi-institusi pemulihan dadah, sebelum kembali kepada rakan sepenagihan mereka. Kajian ini mendapati kesediaan PSP untuk membina dan meneruskan pakatan terapeutik dengan keluarga mereka. Oleh itu, apa yang diperlukan dalam kes ini ialah i) Sesi CFT atau lain-lain kaedah membina dan meneruskan pakatan terapeutik yang lain perlu dijalankan pada fasa terakhir Program Pemulihan Dadah ii) Dengan penyeliaan ahli terapi, program susulan menggunakan CFT atau lain-lain kaedah yang sama dijalankan di rumah keluarga PSP atau di lain-lain tempat yang sesuai, dan iii) Setelah keluarga dan PSP sudah yakin melaksanakan pendekatan CFT tanpa bantuan ahli terapi, mereka perlu diberi peluang mengikut kesesuaian mereka sendiri.

Pakatan terapeutik juga memberi fokus kepada mengatasi masalah secara kolektif dan memperkuatkan hubungan keluarga berbanding dengan tingkah laku yang hanya menyalahkan satu pihak sahaja (PSP atau keluarga). CFT menggalakkan dialog yang konstruktif dan usaha untuk menghalang tingkah laku yang saling menyalahkan sesama sendiri dan menjejaskan kelancaran komunikasi. Penglibatan klien atau ahli kelompok dalam penerokaan yang mendalam walau pun boleh menyebabkan rasa tidak selesa, boleh diterima dengan adanya kesefahaman, rasa selamat dan rasa dilindungi. Mengekalkan hubungan, akan menghasilkan perasaan bahawa semua ahli bekerjasama seterusnya mewujudkan rasa kesepaduan siturahim di antara sesama ahli keluarga. (Sexton, Robbins, Hollimon, Mease, & Mayora, 2003; Heatherington, Friedlander, &



Greenberg, 2005; Christensen, Russell, Miller & Peterson, 1988; Helmeke & Sprenkle, 2000).

## 6.7. Penutup

Sebagai kesimpulan, kajian ini telah berjaya membuktikan bahawa PSP yang disingkir atau menyingkirkan diri mereka boleh dan perlu didekati. Dalam rawatan dan pemulihan dadah, keluarga perlu turut terlibat dan tidak hanya menjadikan diri mereka pemerhati sahaja. CFGT memberi peluang untuk ibu bapa dan semua ahli keluarga, bersama-sama PSP duduk berbincang mengenai pelbagai perkara peribadi yang sebelumnya tidak berpeluang melakukannya. Proses hubungan terapeutik melibatkan pembentukan hubungan berasaskan saling menghormati, dan bagi keluarga dalam budaya kolektivisme, asas hubungan yang sememangnya merupakan asas hubungan kekeluargaan hanya perlu dipulihkan untuk memantapkan silaturahim.

Pakatan terapeutik merupakan pemangkin kepada usaha untuk berbaik-baik (perasaan) yang menjana perbincangan (kognisi) dan bekerjasama (tingkah laku). Kerjasama merujuk kepada keupayaan individu bekerjasama ke arah pencapaian matlamat yang sepunya (Matsumoto & Juang, 2008). Manusia atau pun haiwan perlu mempunyai kepercayaan, keyakinan dan kerjasama untuk berfungsi dan terus survival secara yang efisien di dalam kelompok mereka. Walau bagaimana pun kerjasama bagi haiwan terhad kepada keluarga dan pasangan mereka sahaja. Sebaliknya manusia melakukan kerja-kerja sukarela melibatkan orang-orang yang mungkin tidak mereka kenali seperti menderma darah atau lain-lain yang melibatkan wang ringgit (Silk, Bronson, Vonk,

Hendrich, Povinello, Richardson, et. al., 2005). Kepercayaan dan kerjasama dalam kalangan manusia wujud berlandaskan keupayaan kognisi yang unit yang hanya dimiliki oleh manusia, ini termasuklah empati dan perihatin terhadap kebajikan orang lain (Silk et. al., 2005), dan memori (Pennisi, 2005).

Kerjasama dan kecenderungan saling bergantung di antara individu adalah nilai utama dalam budaya kolektivisme. Ia boleh dijadikan sumber terapeutik untuk mendorong pembinaan pakatan terapeutik di antara PSP dan keluarga mereka. Kasih sayang, saling mengambil berat, mendekati masalah bersama secara yang sesuai dan tidak menyinggung antara satu dengan lain, akan menjadikan pakatan terapeutik yang dibina benar-benar bermanfaat kepada hubungan mereka. Bermula dari dalam pusat pemulihan dadah (PUSPEN) pakatan terapeutik boleh dibawa ke rumah dan terus ke dalam kehidupan seharian.

Kesimpulannya, pakatan terapeutik yang menjadi fokus kajian ini adalah merupakan nilai masyarakat Melayu yang mengamalkan budaya kolektivisme. Kehidupan mereka sangat mementingkan silaturahim dalam kalangan ahli-ahlinya. Ini terpancar dari cara hidupnya yang suka bergotong-royong atau bersatu dan bekerjasama berlandaskan kepercayaan bahawa “Berpakat membawa berkat” atau “Bulat air kerana pembentung, bulat manusia kerana maufakat”. Dengan demikian, penawar kepada pelbagai masalah orang-orang Melayu (termasuk penagihan relaps) adalah berkisar kepada sejauh mana mereka bersedia kembali mengamalkan nilai-nilai murni yang di warisi sejak zaman berzaman ini. Nilai-nilai ini selari, malahan diperteguhkan lagi oleh ajaran agama mereka (Islam).

Keputusan-keputusan yang diperoleh dalam kajian ini diharap dapat diperkemaskan lagi di masa-masa akan datang bagi mencari kaedah yang berkesan untuk menangani masalah dadah dalam kalangan rakyat Malaysia khususnya orang-orang Melayu.

## RUJUKAN

- Abrams, D. M., & Hogg, M.A. (2001). "Collective Identity: Group Membership and Self-Conception, dlm *Blackwell Handbook of Social Psychology Group Process*, edited by Micheal A. Hogg dan R. Scott Tindale, Oxford: Blackwell.
- Ackerman S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Geslo, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., et al. (2001). Empirically supported therapy relationships : Conclusion and recommendations of the division 29 task force. *Psychotherapy*, 38, 495-497.
- Adler, N. J. (1983). Cross-Cultural Management Research: The Ostrich & the Trend. *Academy of Management Review*, Vol. 8, 2, 226-232.
- Ainon & Abdullah (2005). *Koleksi terindah peribahasa Melayu*, (Cetakan Keempat). Kuala Lumpur: PTS Publication & Distributor Sdn. Bhd.
- Akta Dadah 234 – Akta Dadah Bahaya 1952 (Pindaan 1980), Malaysia.
- Alexander, L. B., & Luorsky, K. (1976). The Penn Helping Alliance Scale. Dalam I.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.) *The Psychotherapeutic process: A research handbook* (m.s. 325-366). New York: Guilford Press.

Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A. & Jameson, P.B. (1994) The process and outcome of marital and family therapy; Research review and evaluation. Dalam A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds), *Handbooks of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons.

Allgower A. Wardle J, Steptoe A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*. 20:223-227.

Al-Quran: Surah Al-Israa', ayat 23-24

Al-Quran: Surah al-Tin, ayat 4

Al-Quran: Surah al-Hujurat, ayat 10

Al-Quran: Surah Al-Anfal, ayat 46

Al-Quran: Surah Al-Baqarah, ayat 195

Al-Quran: An-Nisâ, ayat, 34

Al-Quran: Al-Maidah ayat 2

Alleyne, V., & Rheineck, J., (2008). People of Color and Addiction. Dalam D. Capuzi & M. Stauffer (Eds.). *Foundation of Addiction Counseling*, (m.s. 348). N. York: Pearson.

American Counseling Association (2005). ACA Code of Ethics. [www.counseling.org](http://www.counseling.org) retrieved on 14 August 2010.

American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Washington, D.C: Author, dalam A. E. Ivey, & M.B. Ivey, (2007). *Intentional Interviewing and Counseling. Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. Six Edition.U.S: Thomson, Brooks/Cole.

American Psychological Association (2005). *Ethical principles of psychologist and code of conduct*. Washington, D.C: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team*. New York: W.W. Norton and Company.

Ang, R.P., & Goh, D.H. (2006). *Authoritarian Parenting Style in Asian Societies: A Cluster-Analytic Investigation*. Nanyang Technolgical University, Singapore.

Article 16 (3), Universal Declaration of Human Right (1949). United Nation. Copyright @ 1949 United Nation.

- Arredondo, P., Toporek, R., Pack B. S., Sanchez, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies...*Journal of Multicultural Counseling & Development*, 24, 42-78.
- Arciniega, G. M & Newlon, B. J. (2003). Counseling and psychotherapy: Multicultural considerations. Dalam D. Capuzzi & D. F. Gross (Eds.), *Counseling and psychotherapy: Theories and interventions*. Edisi Keempat, (m.s. 417-441). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.
- Aris Othman (1983). The Dynamic of Malay Identity [Monograph7] *Journal FSKK*, 7,7-8. Selangor: Universiti Kebangsaan Malaysia Bangi
- Axelson, J. A. (1999). Counseling and Development in a multicultural society. Dalam G. Corey, M. S. Corey, & P. Callanan. (2007). *Issues and Ethics on the Helping Professions*, Seventh Edition (m.s 112-113). Belmont, CA: Thomson, Brookks/Cole.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse. *Psychological Science, 10*, 214-217.
- Barry, M.M., Doherty, A., Hope, A., Sixsmith, J., & Kelleher, C.C. ( 2000). A community needs assessment for rural mental health promotion. *Health Education Research, 15*, 293-304.
- Berry, J. W. ( 1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology, Vol. 46, Issue 1*, 5–34.
- Baumeiste, R. (2005). *The Cultural Animal*. Oxford:Oxford Univeristy Press.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority[Mongraph]. *Developmental Psychology, 4*, 1-2.
- Becvar, D. S.,& Becvar, R.J.(2003). *Family Therapy. A SystemicIntegration* (5<sup>th</sup> ed.) Boston: Pearson.
- Belsky, J. (2009). Social contextual determinats of parenting. In R.E. Trembly, R. DeV Peters., M. Boivin, & R.G. Barr, (Eds). *Encyclopedia on early chilhood development*. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development.



- Belsky, J (1981). Early human experience: A family perspective. *Development Psychology*. 17, 3-23.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Berg, B. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences* (5th ed.) Boston, Pearson.
- Betty Ford Institute Consensus Panel, (2007), What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 33, 3, 221-228.
- Berk, L. E. (2010). *Development Through the Lifespan*. Fifth Edition. Boston: Allyn & Bacon.
- Bitter, J.R. (2009). *Theory and Practice of Family Therapy and Counseling*. Belmont: Brooks/Cole.
- Blume, A. W., & de la Cruz G. B. (2005). Relapse Prevention among Diverse Populations. Dalam G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.). *Relapse Prevention: maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.

- Bond, M. H., & Cheung, T.S. (1983). College students' spontaneous self-concept: The effect of culture among respondents in Hong Kong, Japan, and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 14, 153-171.
- Bong-Ho Mok., (2004). Self-help Group Participation and Empowerment in Hong Kong. *Journal of Sociology and Social Welfare*. Vol.31, 3, 153-168.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory and research* (m.s. 13-37). New York: Wiley.
- Borkman, T., (1990). Self-help groups at the turning point: Emerging egalitarian alliances with the formal health care systems? *American Journal of Community Psychology*, 18, 321-332.
- Bowen, M (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Brener, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 27, 136-158.

Brewer, M. B., & Gardner, W. (1996). Who Is This we . Levels of Collective Identity and Self Representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, Vol. 71, No. 1, 83-93

Brooks, C. S., & Rice, K. F. (1997). *Families in recovery: Coming full circle*. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Bronfenbrenner, U. (1988). Foreword. In A. R. Pence (Ed.), *Ecological research with children and families: From concepts to methodology*. New York: Teachers College Press.

Bruner, J. S. (1996). *Act of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.

Buletin AADK (2008). Agensi Antidadah Kebangsaan. Kementerian Dalam Negeri. Kajang, Selangor; **webmaster@adk.gov.my** dipetik pada 12 Julai 2010.

Buletin AADK (2008). Jabatan Penjara Malaysia.

Chiauzzi, E. J. (1991). Preventing Relapse in the Addiction: A Biopsychosocial Approach. New York: Pergamon Press.

Carter, B., & McGoldrick, M. (Eds.). (2005). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3<sup>rd</sup> ed.). Boston: Pearson.

Capuzzi, D., Gross, D.R., & Stauffer, M.D. (2006). *Introduction to Group Work* (4th ed.). Denver: Love Publishing Company.

Capuzzi, D., Stauffer, M.D. (2008). *Foundation of Addiction Counseling*. New York: Pearson Education, Inc.

Carlson J. M., & Carlson, J. D. (2000). The application of Adlerian psychotherapy with Asian-American clients. *Journal of Individual Psychology*, 56(2), 214-225.

Carlson, J., Sprey, L., & Lewis, J. A. (2003). *Family Therapy Techniques. Integrating & Tailoring Treatment*. New York & Hove: Routledge.

Carlson., J. D., & Englar-Carlson, M. (2008). Adlerian therapy. Dalam J. Frew & M. D. Spiegler (Eds.), *Contemporary psychotherapies for a diverse world*. Boston: Lahaska Press.

Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse, (2002). *Multidimensional Family Therapy (MDFT) for Adolescent Substance Abuse*. Miami: University of Miami School of Medicine.

Centers for Disease Control and Prevention (2007). Unintentional poisoning deaths – United States, 1999–2004. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*, 56(5):93–96

Chao, K. R. (1994). Chinese and European American mother's beliefs about the role of parenting in children's school success. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *10* (2), 185-192.

Chung, E. R., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R. J., & Moos, R. H. (2001). In alcoholic patients' coping response predict 12 months treatment outcomes, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(1), 92-100. Dalam G. Alan Marlatt & D. M. Donovan (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press..

Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, *24*, 177-188.

Coffey, A., & Atkinson, P. (1966). *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). A Quasi-experiment on the Effects of Superordinate Categorization on Liking of People from Other Nations. Dalam C. Kamau & A. Rutland (2008). *Psychology & Developing Societies*, Vol. 20, No. 2, 183-208.

- Cohen, M. N. (1998). Culture, not race, explain human diversity. *Chronicle of Higher Education*, B4-B5, Dalam S.T. Gladding, (2009). *Counseling: A Comprehensive Profession*. Six Edition (m.s. )New Jersey:Pearson Education, Inc.
- Connell, A. M., Dishion, T. J., Yasui, M., & Kavanagh, K. (2007). An Adaptive Approach to Family Intervention: Linking Engagement in Family-Centered Intervention to Reductions in Adolescent Problem Behavior. *Journal of Counseling & Clinical Psychology*, Vol. 75, No. 14, 568-579.
- Constantine, L. L. (1986). *Family paradigms. Ther practice of theory in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Constantino M.J., Castonguay, L.G., & Schut, A.J. (2002). The Working Alliance – A Flagship for the “Scientist-Practitioner” Model in Psychotherapy. Dalam G. S. Tryon (Ed.). *Counseling Based On Process Research – Applying What We Know*. Boston:Allyn & Bacon.
- Constantino, M. J., & Castonguay, L. G. (1999). *The effects of therapist competence and client receptivity in cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Poster session presented at the 33rd annual meeting of the Associations for the Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Ontario.

- Corey, G. (2005b). *Theory and practice of group counseling and psychotherapy and Manual*(7<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Thomson Brollks/Cole.
- Corey, G. (2008). *Theory and Practice of Group Counseling*. (7th ed). Belmont, USA:Thomson Brooks/Cole.
- Corey, M. S., & Corey, G. (2003). *Becoming a helper* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Corey, G. (2009a). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, (8<sup>th</sup> ed.).Belmont, USA: Brooks/Cole.
- Crain, W.C. (1985). *Theories fo development: Concepts and applications* (2<sup>nd</sup> ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Crits-christoph, D,. & Gibbon, M.B. C. (2003) Reseach development on The Transference Neurosis *Psychoanalytic Quarterly*, 77, 103-109.
- Csordas TJ. (1988). Elements of Charismatic Persuasion and Healing. *Medical Anthropology Quarterly*; 2:121–42.
- Csordas , T.J. (2002). *Body/meaning/healing*. New York: Palgrave Macmillan.

Curtis, H.C. (1979). The concept of the therapeutic alliance: Implications for the “widening scope.” *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 159-192.

Cusack, J., Deane, F.P., Wilson C.J., & Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*(September 2004).Vol. 26, No.3., 271-283.

Das (1995), In Gerald Corey, Marianne Schneider Corey, & Patrick Callanan (2007) *Issues and Ethics on the Helping Professions* [m.s. 112-113] (7th ed.).Belmont, CA, USA:Thomson, Brookks/Cole.

David, G. M (2008). *Social Psychology*(9th ed.).New York:McGraw-Hill Companies.

Dalrymple, T. (2006). *Romancing Opiates: Pharmacological Lies and the Addiction Bureaucracy*. US: Encounter Books.

Dennis, M. L., Titus, J.C., Diamond, G., Babor, T., Godley, S.H., Tims, F., Webb, C., Liddle, H.A., & Scott, C. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: A multi-site study of five approaches to outpatient treatment for adolescents. *Addiction*, Vol. 97, December, Issue supplements 1, 16-34.



Deserno, H. (1998). *The analyst and the working alliance: the reemergence of convention in psychoanalysis* (m.s. ) Connecticut: International Universities Press.

Diclemente, C. (2006). *Addiction and Change*, New York: Guilford Press.

Diamond M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999) Alliance-building intervention with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, practice, & Training*. 36, 355-368.

Diller, J., V. (2004). *Cultural diversity: A primer for the human services* (2nd ed.) Belmont, CA: Thomson Brooks / Cole.

Dodes, L. M. (2003). *The Heart of Addiction: A New Approach to Understanding and Managing Alcoholism and Other Addictive Behaviors*. US: William Morrow Paperbacks

Donovon, D. M., & Chaney, E. F. (1985). Alcoholic relapse: Models and methods. Dalam G.A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (m.s. 351-416). New York: Guilford Press.

Donovon D.M. (2005). Assessment of Addictive Behaviors for Relapse Prevention.

Dalam Dennis M. Donovan and G. Alan Marlatt (2005), *Assessment of Addictive Behaviors* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: The Guilford Press.

Downnie M., Mageau, G.A., & Liodden, R, K, T., (2006). On the Risk of Being a Cultural Chameleon: Variations in Collective Self-Esteem Across Social Interactions. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, Vol. 12, No. 3, 527-540.*

Doweiko, H. E. (2006). Concepts of Chemical Dependency. Belmont, CA: Thomson, Brooks/Cole.

Drerup M, Johnson T, Bindl S. (2011). Mediators of the relationship between religiousness/spirituality and alcohol problems in adult community sample. *Addict Behav., 36(12):1317-20.*

Dreikurs, R. (1969). Group psychotherapy and group approaches: The collected papers of Rudolf Dreikurs. Chicago: Alfred Adler Institute.

Dreikurs, R. (1967). Group psychotherapy from the point of view of Adlerian psychology. In H.M. Ruitenbech (Ed.), *Group therapy today: Styles, methods, and techniques* (pp. 37-48), New York: Atherton.

Dreikurs, R. (1949). The four goals of children's misbehavior. *Nervous Child*, 6, 3-11.

Dweiko, H. E. (2006). *Concept of Chemical Dependency*. Belmont, CA: Thomson, Brooks/Cole.

DSM- 1V- TR: (2000). American Psychiatric Association

Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.

Emerick, R.E., (1990). Self-help groups for former patients: Relations with mental health professionals. *Hospital and community Psychiatry*, 41, 401-407.

Fiese, B.H., & Winter, M.A. (2008). Family influences. Dalam M. Haith & J.B. Benson (Eds.) *Encyclopedia of infant and early childhood development* . Oxford, UK: Elsevier.

Freebury, D.R. (1989). The therapeutic alliance: A psychoanalytic perspective. *Canadian Journal of Psychiatry* 34, 772-774.

Framo, J. L. (1965). Rationale and techniques of intensive family therapy. In I. Boszormenyi-Nagy & J. L. Framo (Eds.), *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects* (pp.143–212). New York: Hoeber- Harper & Row.

Freud, S. (1958). On beginning treatment (Further recommendation on the technique of psychoanalysis). Dalam J. Strachey (Ed. and Trans.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, m.s. 121-144) London: Hogarth Press (Tulisan asal diterbitkan pada 1913).

Fridenger, F., Goodwin, G., & Chng, C.L. ( 1992). Physician and consumer attitudes and behaviors regarding self-help support groups as an adjunct to traditional medical care. *Journal of Health & Social Policy*, 3, 19-6.

Frieswyk, S.H., Alen, J.G., Colson, D.B., Coyne, L., Gabbard, G.O., Horowitz, L.,M. & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 32-38.

Frieding, N. G., Fielding, J. L. (1986) *Linking Data. Qualitative Research Method*. Vol. 4, Beverly Hill: Sage.

Friendlander, M., & Tucson, M. T. (2000). Processess and Outcomes in Couple and Family Therapy. In S. D. Brown and R. W. Lent (Eds.) *Handbook of Counseling Psychology* (3rd ed.) New York:Wiley & Son.

Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (2003). *Educational research: An introduction* (7th ed.). White Plains, NY: Longman.

- Garrett M.T., & Pichette, E. F. (2000). Red as an apple: Native American acculturation and counseling with or without reservation. *Journal of Counseling and Development, 78*, 3-13.
- Gaston, L. & Marmar, C.R. (1994). The California Psychotherapy Alliance scales. Dalam A.O. Horvath & L. S.Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (m.s. 85-108). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gordon,.J. (2003). *The Pfeifer Book of Successful Leadership Development Tools*. San Francisco, CA:Wiley & Sons Inc.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical conservations. *Psychotherapy, 27*, 143-153.
- Gazda, G.M. (1989). *Group Counseling; A Development Approach ( 4<sup>th</sup> ed.)*, Needham Height: Allyn & Bacon.
- Gehart, D. R., & Tuttle, A. R. (2003). *Theory-based treatment planning for marriage and family therapist*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Gelso, C.J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *Counseling Psychologist*, 13, 155-243.

Georgios K. L., & Paul M. S (2005). Helping and change without traditional therapy: Commonalities and opportunities. *Counseling Psychology Quarterly*, March 2005, 18(1): 47-59.

Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies* (m.s. 3-22). East Sussex BN3 2FA: Routledge

Gladding, S. T. (2009). *Counseling: A Comprehensive Profession* (6th ed.). USA: Pearson.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2000). *Family Therapy, An Overview* (5th ed.). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2004). *Family therapy: An overview* (6<sup>th</sup> ed.) Belmont, CA:Thomson Brooks/Cole.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2008). *Family Therapy, An Overview*. (5th ed.). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.

- Gomez-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 11, 1403-1408.
- Gottlieb, B, H., & Peters, L. (1991). A national demographic portrait of mutual aid group participation in Canada. *American Journal of Community Psychology*, 19, 651-667.
- Gottman, J.M., Ryan, K.D., Carrere, S., & Erley, A.M. (2002). Toward a scientifically based marital therapy. Dalam. H.A. Liddle, D.A. Santisteban, R.E. Levant, & J. H. Bray (Eds.). *Family Psychology: Science-based interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gordon, H.W. (2002). Early environmental stress and biological vulnerability to drug abuse. *Psychoneuroendocrinology* 27(1-2):115-126.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalysis. Quarterly*, 34, 155-181.

Greenfield, S., Hufford, M., Vagge, L., Muenz, L., Costello, M., & Weiss, R. (2000).

The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent and women: A prospective study. Dalam G. A. Marlatt & D. M. Donovan (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.

Grencavage, L.M., & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology – Research and Practice*. Vol. 21, 5, 372-378.

Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundation and systems of analysis*. Hawthorn: Aldine.

Grusec, J.E., & Goodnow, J.J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30(1), 4-9.

Gruber, K., & Taylor, M. (2006). A family perspective for substance abuse: Implication from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(12), 1-29.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.



Hanna, S. M. (2007). *The practice of family therapy: Key elements across models*(4<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Hanna, S.M., & Brown, J.H. (2004). *Practice of family therapy: Key elements across models* (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks / Cole.

Hanson, W.E., Curry, K.T., & Bandalos, D.L. (2002). *Reliability generalization of working alliance inventory scale scores*. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 659-673.

Hardy, G., Cahill, J., & Barkam, M. ( 2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change; **A research perspective. Dalam P. Gilbert & R. L. Leahy (2007). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies* (m.s. 24-42). New York: Routledge.**

Harner, (1990). *The way of the shaman*. USA: Harper Collins.

Hisada, N. (2003). *Shakai Fukushi no Kenkû Nyûmon (Introduction to Social Work Research)*. (m.s. 115-147) Tokyo: Chûô Hôki.

Hatcher, R. L., & Barends, A.W. (1996). Patient's view of the alliance in psychotherapy: Explanatory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326-1275.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Hawley, D. R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.

Health Behaviors of Adults: United States, 2005–2007 (2010). American Centers for Disease Control and Prevention, Mac 245, Series No. 10.

Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. S. (2005). Change process research in couples and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19, 18–27.

Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. H., & Kitayama, S. (1999). Is there a universal need for positive self-regard? Dalam D.G. Mayer (2008). *Social Psychology* (pp. (m.s. 41, 44). (9th ed.), New York:Mc Graw-Hill Companies Inc.

Helmeke, K. B., & Sprenkle, D. H. (2000). Client perceptions of pivotal moments in couple therapy: a qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 469-483.

Helwig, C.C., Zelazo, P.D., & Wilson, M. (2001). *Children's judgements of psychological harm in normal and noncanonical situations*. *Child Development*, 72(1), 66-81.

Henderson, C. E., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Sam, W., & Liddle, H. A. (2009). Parenting Practices as Mediators of Treatment Effects in an Early-Intervention Trial of Multidimensional Family Therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 35(4): 220–226.

Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). *The therapeutic alliance as interpersonal process*. Dalam A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.). *The working alliance Theory, Research and Practice* (m.s. 51-84). New York; Wiley.

Hirsch, I. (1997). Analytic intimacy, analysability and the vulnerable analyst. *Free Association*, 7, 250-259.

Hoffman, M.L.(2000). Empathy and moral development: *Implications for caring and justice*. Cambridge: University Press.

Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences : International Differences in Work Related Values*. Beverly Hills, CA: Sage.

- Hofstede, G. (2001). *Cultures Consequences comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations (2<sup>nd</sup> ed.)* Thousand Oaks: Sage.
- Hogg, M. (2001a). Social Categorization, Depersonalization, and Group Behavior. Dalam M. A. Hogg & R. S. Tindale. *Blackwell handbook of Social Psychology: Group Process*. Oxford: Blackwell.
- Hogg, M. (2003). Social Identity Theory, dalam *Handbook of Self and Identity*, edited by Mark R. Leary dan June Price Tangney. New York: Guilford Press. P. 462-479.
- Hogg, M., & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A Social Psychology of Intergroup Relations and Group Processes*. New York: Routledge.
- Hook, M.K. (2008) Addiction and Families. Dalam David Capuzzi dan Mark D. Stauffer (Eds.). *Foundation of Addictions Counseling*, 286-309. New York: Pearson Education Publishing.
- Hornsey M.J., & Jetten, J., (2005). Loyalty Without Conformity: Tailoring Self-Perception as a Means of Balancing Belonging and differentiation. *Self-Identity*, 4, 81 – 95.

Horvath, A. O., & Greenberg, I.S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.

Horvath, A. O., & Seymond, D.B. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Horvath A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*. 61, 561-573.

Horvath, A.O. (1994a). Research on the alliance. Dlm. A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259-286). New York: Wiley.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York; Wiley.

Hendry W. P., & Strupp, H. H. (1994). The Therapeutic Alliance As Interpersonal Process. In A.O., Havath & L. S. Greenberg (Eds.) *The Working Alliance: Theory, Research, And Practice*. New York:Wiley.

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, M.A: Addison-Wesley.

- Hsu, H-C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers; infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior and Development, 27, 113-133.*
- Huberman, M. (1989). The professional life circle of Teachers. *Teachers Colledge Record, 91, 1, 31-57.*
- Husin S. A. (1979). *Orang Melayu: Masalah dan Masa Depan*(m.s. 1-3).Kuala Lumpur:Adabi.
- Ismail Hamid (1991). *Masyarakat dan Budaya Melayu*. Kuala Lumpur: Dewan Bahasa & Pustaka.
- Ivey, A.E., & Ivey, M.B. (2007). *Intentional Interviewing and Counseling. Facilitating Client Development in a Multicultural Society. (6<sup>th</sup> Ed.)*. Thomson, Brooks/Cole. U.S.
- Ivey, A. E., D'Andrea, M., Ivey, M. B., & Simek-Morgan, L. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy (5<sup>th</sup> ed.)*. Boston, Massachusetts:Allyn & Bacon.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Simek-Morgen, L. (1993). Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective. Boston:Allyn & Bacon.*

Jaafar, J., Kolodinsky, P., McCarthy, S., & Schroder, V. (2004). The impact of cultural norms and values on moral judgment of Malay and American adolescents: Laporan ringkas dalam B. N., Setiadi, A. Supratiknya, W. J., Lonner, & Y. H. Poortinga. *Ongoing Themes in Psychology and Culture*. Selected papers from the Sixteenth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology, The International Association for Cross-Cultural Psychology, m.s. 399-414.

Johnson, N.P., & Phelps, G. L. (1991). Effectiveness in self-help groups: Alcoholics Anonymous as a prototype. *Community Health*, 14, 22-27.

Johnson, E., Amatetti, S., & Johnson, S. (1988). Theories and Models supporting prevention approaches to alcohol problems among youth. *Public Health Reports*, 103, 578-586.

Jones, M. (1982). *Therapeutic communities past, present and future*. Dalam M. Pine & L. Rafelsen (Eds.). *The individual and the group* (m.s. 519-528). New York: Plenum.

Kahan, M., Wilson, L., & Becker, L. (1995). Effectiveness of Physician Based Intervention With Problem Drinkers: A Review. *Canadian Medical Associate Journal*, 152, 851-859.

- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Minded, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., Warman, M. (1997). Therapy for youth with anxiety disorder: a second randomized clinical trial. *Journal Consult. Clinic Psychol*, 65, 366-380.
- Khoo Kay Kim, (2001). *Malay Society; Transformation & Democratistion*(m.s.126).Selangor, Malaysia: Pelandok Publications.
- Kim, U. (1997). Asian collectivism: A indigenous perspective. Dalam H.R.S., Koa and D. Sinha (Eds.).*Asian Perspective on Psychology*. New Delhi: Sage, 147-163.
- Kim, U., & Berry, J. W. (1993). *Indigenous Psychology: Research and Experience in a CulturalContext*. Newbury Park, California: Sage.
- Katayama, S., & Markus, H. R., Matsumoto, H., Norasakkunkit, V., (1997). Individual & Collective process of self-esteem management: self-enhancement in US and self-depreciation in Japan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1245-1257.
- Katayama, S. & Markus, H.R. (2000). The persuit of happiness and the realization of symparty: Central patterns of self, ssocial relations, and well being. DalamM, S., Kogen, S. M. Robin, H. A. Liddle, G. A. Dakof, C.W. Turner, & J. F. Alexender (2006). Adolescent and Parent Therapeutic Alliances as Predictors of



Dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, (2006). Vol. 20. No. 1, 108-116.

**Kasdin, Seigal & Bass**

Kolberg, L. (1958). The development of modes of moral thinking and choice I the years 10 to 16. Unpublished Thesis, University of Chicago, Chicago. Dalam Cillis, J., Berry, J., Douglas J., Evans, E. (2006). The influence of perceived parenting styles on the degree of adult children's allocation of punishment. Intuition: BYU Undergraduate. *Journal of Psychology*, 2, 33-42.

Komro, K. A., Perry, C. L., William, C. L., Stigler, M. H., Farbaksh, K., Veblen-Mortenson, S. (2001). How did project Northland reduced alcohol use among young adolescents? Analysis of medating variables. *Health Education Research*, 16, 59-70.

Kroef, V. D. (1965). *Indonesia in the World*. Bandung, Indonesia: Masa Baru.

Kruger L.W., & Neuman, W. L.(2006). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Applications with Research Navigator*(m.s.137-138).USA: Pearson Education, Inc.

Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundation and system of analysis*. Hawthorn:Aldine.

**Knight, & Simpson (1996) – p85**

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dalam M. Lambert (ed.), *Bergin and Grafeld's handbook of psychotherapy and behavior change*, (5th ed.), (m.s. 139-193). New York: John Wiley and Sons.

Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., et al.(2005). Providing feedback to psychotherapist on their patient's progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61,2,165-174.

Lampropoulos, K.G., Spengler, P.M., (2005). Helping and change without traditional therapy: Commonalities and opportunities. *Counseling Psychology Quarterly*, March 2005; 18(1): 47-59.

Landrine, H. (1992). Clinicalimplications of cultural differences: The referential versus the indexical self. *Clinical Psychology Review*, 12, 128-149.

Laporan Dadah 2003 - 2010, *Unit Sistem Maklumat Dadah Kebangsaan (NADI)*.

Lariner, M.E., Palmer, R.S., & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 151-160.

Lavee, Y., & Altus, D. (2001). Family relationship as a predictor of post-treatment drug abuse relapse: A follow-up study of drug addict and their spouses. *Contemporary Family Therapy*, 23, 513-530.

Leiberman, M.A. (1990a). A Group therapist perspective on self-help groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 251-278.

Leong, K., Lau, S., Lam, W. L. (1988). Parenting Styles and Academic Achievement: A Cross-Culture Study. *Merrill-Palmer Quarterly*, Vol. 44, 2, 157-172.

Lau, S. & Cheung, P.C. (1987). Relations between Chinese adolescents' perception of parental control and organization and their perception of parental warmth. *Developmental Psychology*, 18, 215-221.

Leshner, A.I. (2001) Addiction is a brain disease. *Issues in Science and Technology* Online, [http://](http://www.issues.org/17.3/leshner.htm)

[www.issues.org/17.3/leshner.htm](http://www.issues.org/17.3/leshner.htm).

Maisel, A.Q. (1945) Getting the drop o

- Levy L. (2000) "Self-help group", dalam J. Rappaport & E. Seidman (Eds.). *Handbooks of community* (m.s. 591-613). N.Y: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Liddle H. A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G., Barretr, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
- Liddle H. A., Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, F. L., & Cecero, J.J. (2006). Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, No. 1, 121-129.
- Liddle H.A. & Dakof, G.A. (1995) Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21, 511-543.
- Liddle, H. A. (2002b). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users* (Vo. 5, DHHS Publication No. 02-3660). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Liddle, H. A. (2002a). Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse. In L.S. Harris (Ed.). *Problems of drug dependence 2001: Proceedings of*

*the 63rd Annual Scientific Meeting [NIDA Monograph] No. 182, NIH Publication No. O2-5097 (m.s. 113-115). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.*

Liddle, H.A. (1995) Conceptual and clinical dimensions of multidimensional, multi-systems engagement strategy in family based adolescent treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32, 29-58.*

Liddle, H.A. (2002) *Multidimensional family therapy treatment (MDFT) for adolescent cannabis users.* Rockvile, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Liddle, H.A. (2002) *Multidimensional family therapy treatment (MDFT) for adolescent cannabis users.* Rockvile, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Liddle, H.A., (2006). Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Counseling and Clinical Psychology.* Vol.74, No. 1, 121-129.

Liddle, H.A., Diamond, G., Shelef, K., & Diamond G, S. (2005) *Journal of Counseling and Clinical Psychology.* Vol. 73. No. 4, 689-698.

- Liddle, H. A., (2010). Dalam C.Sherman.Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse Offers Broad, Lasting Benefits. *Research Findings*, Vol. 23, No. 3.
- Litman, R., Stapleton, J., Oppenheim, A. V., Peleg, M., & Jackson. (1983). Situation related to alcoholism relapse: *British Journal of Addiction*, 78, 4, 381-389.
- Lochman & Steenhoven, (2002). Dalam Henderson, C. E., Rowe, C. L., Dakof.G. A., Sam, W., & Liddle, H. A. (2009). Parenting Practices as Mediators of Treatment Effects in an Early-Intervention Trial of Multidimensional Family Therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 35(4): 220–226.
- Locke, D. L. (1990). A Not So Provincial View of Multicultural Counseling. *Counselor Education and Supervision*, [Vol. 30, 1](#), 18–25.
- Logan, D.E., & King, C.A., (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review.*Clinical Psychology, Science and Practice*, 8, 319-340.
- Lopez, N.L., Bonenberger, J.L., & Schneider, H.G. (2001). Parental disciplinary history, current levels of empathy, and moral reasoning in young adults.*North American Journal of Psychology*, 3(1), 193-204.

Louw, L. E. J., (2000). Culture and Self in South Africa: Individualism-Collectivism Reductions. *The Journal of Social Psychology*, 140(2), 210-217.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. Dalam A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory research and practice* (pp.38-50). New York:Wiley.

Luborsky, L. (2000). A current reader's response to the article of 50 years ago by Karpman, B. (1949): "The principles and methods of objective psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, [Vol. 56, 7](#), 889-896.

Luborsky, L. (2002). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 10, 17-29.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dalam J.L. Cleghorn (Ed.). *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.

McKay, Gonzales, .., Stone, .., Tayland, .., & Kohner, .., (1995). Multiple family therapy groups: A responsive intervention model for inner city families. *Social Work with Group*, 18, 41-56.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco. Jossey-Bass.

Madara, E. J. (1986). A comprehensive systems approach to promoting mutual aid self-help clearing house model. *Journal of Voluntary Action Research*, 15, 57-63.

Mahalik, J.R., Good, G.E., & Englar-Carlson, M.(2003). Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking; Implications for practice and training. *Professional Psychology, Research and Practice*, 34, 125-131.

Markus, H.R., & Kitayama, S.(1991). Cultural and self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive Behavior*.New York:The Guilford Press.

Marlatt, G. A., Fernandez, A., Begley, A. E.(2006). Family and Peer Interventions for Adults: Past Approaches and Future Directions. *Psychology of Addictive Behavior*. Vol. 20, No. 2, 207-213.

Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance stragies in the treatment of addictive behaviors*.Guilford: Press New York.



- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Gaston, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 46-52.
- Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S., & Marziali, E. (1986). Development of the Therapeutic Rating System. Dalam L. S. Greenberg and W.M. Pinsoff (Eds), *The psychotherapeutic process; A research handbook* (m.s. 367-390). New York: Guildford Press.
- Martin, P. R., Weinberg, B. A., & Bealer, B. K. (2007). *Healing Addiction: An Integrated Pharmacopsychosocial Approach to Treatment*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Masaki Y. (2003). Intergroup Comparison Versus Intragroup Relationships: A Cross-Cultural Examination of Social Identity Theory in North American and East Asian Cultural Contexts. *Social Psychology Quarterly, Vol. 66, No.2*, 166-183.
- Mason, J. (2006). Mixing Methods in a Qualitatively-Driven Way. *Qualitative Research, 6*(1), 9-26.

Mashima, R., Yamagishi, T., & Macy, M. (2004). Trust and cooperation: A comparison of ingroup preference and trust behavior between American and Japanese students. Dalam D. Matsumoto, & L. Juang, (2008). *Culture and Psychology*. (4th ed.). Wadsworth, Belmont, USA.

Maslow, (1976). *The further reaches of human nature*. New York. Penguin.

Matsumoto, D. & Fletcher, D. (1996). Cultural influences on disease. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 1, 71-82.

Matsumoto, D. & Juang, L. (2008). *Culture and Psychology*. (4th Ed.). Belmont, USA: Wadsworth Cengage Learning.

Matsumoto, D. (2000). *Culture and Psychology* (2nd ed.). Belmont, USA: Wadsworth.

Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2005a). *Counseling for wellness: Theory, research, and practice*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Maxwell, J. (2006) Literature Review of , and for, Educational Research: A Commentary on Boote and Belles Scholars Begore Researchers. *Educational Research*, 35, 28-31.

McBurney, D. H. (2001). *Research Methods*. Belmont, CA: Wadsworth / Thomson.

McCracken, G. (1988). *The Long Interview*. Newbury Park, CA: Sage dalam N. Hasida (2003). *Shakai Fukushi no Kenkû Nyûmon* (Introduction to Social Work Research). Tokyo:Chûô Hôki.

McKay, M. M., Gonzales, J. J., Stone, S., Ryland, D., & Kohner, K. (1995). Multiple family therapy groups: A responsive intervention model for inner city families. *Social Work with Group*, 18, 4, 41-56 .

McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Brashears, M. (2006). Social isolation in America: Changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71, 353-375.

Mee-Lee, D.(1985). The Recovery Attitude and Treatment Evaluator (RAATE): An instrument for patient progress and treatment assignment. Dalam *Proceeding of the 34<sup>th</sup> International Congress on Alcoholism and Drug Dependence* (m.s. 424-426).

Meissen, G. J., Mason, W. C., & Gleason, D. F.(1991). Understanding the attitudes and intentions of future professionals toward self-help. *American Journal of Community Psychology*, 19, 699-714.

Miatra, B. (1996). Child abuse; A universal 'diagnostic' category? The implication of culture in definition and assessment. *International Journal Social Psychology*, 42, 287-304.

Miles, M., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Miller, W. R., & Carroll, K. M. (2006). Drawing the science together: Ten principles, ten recommendations. Dalam K.V. Wormer & D.R. Davis (2008). *Addiction Treatment: A Strengths Perspective* [2nd ed.], (m.s. 379-380). Belmont, USA: Thomson Brooks/Cole.

Miller, H. E. (1949). Acceptance and related attributes as demonstrated in psychotheutic interview. *Journal of Clinical Psychology*, 5, 1, 83-88.

Miller, H. E. (1996).- p143

Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition ( 2003) Saunders, Elsevier, Inc. .

Moeller-Leimkuehler, A.M.(2002). Barriers to help seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression, *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.

Mohd Taib, O. (1974). *Asas Pertumbuhan Kebudayaan Malaysia*(ms. 24).Kuala Lumpur:Kementerian Kebudyaan Belia dan Sukan.

Mosby's Medical Dictionary, 8th edition.(2009). Elsevier.

Minuchin, S. (1991). The seductions of constructivism. *Family Therapy Networker*, 9: 47-50.

Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research design: An interactive approach* (2nd ed.). Thousand Oaks, Cal.: Sage.

National Institute on Drug Abuse (1999). Principles of drug addiction treatment A research-based guide. (NIH Publication No. 99-4180). Bethesda, MD: National Institutes of Health. The Wager. Volume 5, Issue 17. April 25, (2000).*Family Social Work*, 5, 107-116.

Moore, R.D. (1983). On the use of bulk aerodynamic formula over melting snow. *Nord. Hydrol.*, 14(4),193-206.

National Organization of Human Service Professionals (2000). Ethical standards of human service professionals. *Human Service Education*, 20, 61-68.

National Drug Intelligence Center. (2010). *Methadone diversion, abuse, and misuse: deaths increasing at alarming rate*. Publication date: November 16, (2007), Doc. ID: 2007-Q0317-001dipetik dari [www.justice.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm](http://www.justice.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm) - United States

Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2004). *Family theory: Concept and methods* (6<sup>th</sup> ed.), Boston: Allyn & Bacon.

Norcross, J. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 3-23). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J., & Beutler, L. (2008). Integrative psychotherapies. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed., pp. 481-511). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Lister, K. M. (2005). What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 12, 1587-94.

Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. (1992). Twelve Steps Facilitation Therapy Manual: *A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individu with Alcohol Abuse & Dependance Project MATCH Monograph Serries*, Vol. 1, DHH Pulbication

No. (ADM) 92 – 1893. Rockville, MD:National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (MAAA).

Nowinski, J. (1999). Self-help group for addictive. In B. McCrady, A. B. Epstein (Eds). *Addiction: A comprehensive guildbook*. New York:Oxford University Press.

O'Shea, M. D., & Phelps,.B. (1985). Multiple family therapy: current status and critical appraisal. *Family Process*, 24 (4), 555-582..

O'Maley, S.S., Suh, C.S., & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51, 581-586.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy--noch einmal. In A. Bergin S. & Garfield, Eds., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. New York: Wiley.

Owusu-Bempah, J., & Howitt, D. (1995). How Eurocentric psychology damages Africa. *The Psychologist*, 8, 442-465.

Owusu-Bempah, J., & Howitt, D. (2000). Socio-genealogical connectedness: on the role of gender parenting in mitigating the effect of parenting divorce. *Child and Family Social Work*, 5, 107-116.

Olatz, L.F., & Joze, F.M.A. (2011). The use of mixed methods reseach in the field of behavioral sciences. *Quality and Quantity*, 45(6), 1459-1472. Doi: 10.1007/s11135-011-9543-9

Oppenheim, Peleg, & Jackson, (1983) – 143

Ozechowski, T.J., & Liddle, H.A. (2000). Family-based therapy for adolescent drug abuse: Known and unknowns. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 3, 269-298.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.

Orford, J. (1985). Conceptualizing Addiction: Addiction As Excessive Appetite. *Addiction* (2001) 96, 15–31

Pedersen, P. (1976). The field of intercultural counseling. In P. Pedersen, W. J. Lonner & J. G. Draguns (Eds). *Counseling across cultures*. Honollu, HI: University Press of Hawaii.



- Pedersen, P. B. (1990). The constructs of complexity and balance in multicultural counseling theory and practice. *Journal of Counseling & Development*, 68, 550-554.
- Pedersen, P.B. (1994). *A handbook for developing multicultural awareness*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Pedersen, P.B. (1997). *Culture-Centered Counseling Intervention Striving for Accuracy*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Pedersen, P.B. (2000). *A handbook for developing multicultural awareness* (3rd ed.), Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Pedersen, P. B., Corey, J. (2003). *Multicultural counseling in school: A practical handbooks*, (2nd eds.). Boston:Allyn & Bacon.
- Pennisi, E. (2005). How did cooperative behavior evolve. *Science*, 309, 93.
- Peele, S. (2004). *7 Tools To Beat Addiction*. US: Harmony.
- Perkinson, S. S., (2002). *Chemical dependency counseling: a practical guide* (2nd ed.). Thousand Oaks CA: Sage.

Peterson, T (2002) Exploring Substance Misuse and Dependence: Explanations, Theories and Models in *Working with Substance Misusers: A Guide to Theory and Practice*, Peterson & McBride (eds) 23-42.

Pew (2003). Views of a changing world 2003. The Pew Global Attitudes Project. Washington, DC: Peew Internet Center for the People and the Press (<http://people-press.org/reports/pdf/185.pdf>). 137, 178, 224, 489.

Pike, R. (1966). *Language in relation to United Theory of the Structure of Human Behavior*. Mouton: Den Haag.

Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8.

Pinsof, W.M., & Catherall, D. R. (1986). The Integrative Psychotherapy Alliance: Family, Couple And Individual Therapy Scales. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol 12 Issue 2, 137-151.

Poortinga, H.Y.(1990). Presidential address IACCP: Toward a conceptualization of culture for psychology, Unpublished paper, Tilburg University, The Netherlands.

Dalam D. Matsumoto & L. Juang (2008), *Culture and Psychology*, (4th ed.). Belmont, USA: Wadsworth.

Popkewitz, T. C. (1987). *Critical studies in teacher education. Its folklore, theory and practice*. London: Palmer Press.

Powell, T. J. (1990). *Working with self-help*. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.

Pratt, M., Arnold, M.L., Pratt, A.T., & Diessner, R. (1999). Predicting adolescent moral reasoning from family climate: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 19(2), 148-175.

Rait, D.S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56, 211-224.

Fraser, . (1982)

Ramsey, J. H. (1992). Group work practice in neighborhood centers today. *Social Work with Group*, 15, 193-206.

Rice L.N., & Greenberg, L.S. (1984). Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process. *Practice*, 21, 372-378.

- Ridley, C. R. (1985). Imperatives for ethnic and cultural relevance in psychology training programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 611-622.
- Robbin M. S., Liddle H.A., Turner C.W., Dakof G.A., Alexander J. F., & Kogan S.M. (2006). Adolescent and Parent Therapeutic Alliances as Predictors of Dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 2006, Vol. 20. NO. 1,108-116.
- Roberts, L.J., Luke D. A., Rappaport, J., Seidman, E., Toro, P. A., & Reischl, T.M. (1991). Charting uncharted terrain: A behavioral observation system for mutual help groups. *American Journal of Community Psychology*, 19, 715-737.
- Rogers, C. R. (1965). A humanistic conception of man. In R.E. Farson (ed.) *Science and human affairs*. California: Science and Behavior Books Inc.
- The Person-Centered Journal, Volume 15, Number 1-2
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, MA; Houghton-Mifflin.

- Roland, A. (1988). *In search of Self in India and Japan: Towards a Cross-Cultural Psychology*. Princeton University Press.
- Romero, D., Silva, B.M., & Romero, P. S. (1989). In Memory: Rene A. Ruiz. *Journal of Counseling & Development*, Vol. 67, 9, 498-505.
- Rootes, L. E., & Asnes, D. L. (1992). A conceptual framework for understanding self-help groups. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 379-381. (Romedor, J. M. (1990). *The self-help way: Mutual aid and health*. Ottawa, Ont. Canada: Canadian Council on Social Development.
- Romjin, C. M., Platt, J. J., Schippers, G. M., & Schaap, C. P. (1992). Family therapy for Dutch drug users: the relationship between family functioning and success. *Inter. Journal Addict*, 27, 1, 1-14.
- Roseman, I.J. (1994). *The performance of healing*. New York: Routledge.
- Ross, L., (2003). Culture and Morality: Conflicting Perspectives at a Time of Cultural Confrontation. *Human Development*, 46,151-154.
- Rowe, C. L., & Liddle, H.A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 97-120.

Rubén, D. H. (2001). Treating adult children of alcoholic . Dalam H. E. Doweiko, (2006). *Concepts of Chemical Dependency* (m.s. ) Belmont, CA: Thomson, Brooks/Cole Doweiko, (2006)

Rubin, H. S., & Rubin, I. S. (1995). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. Dalam N. Hisada, 2003). *Shakai Fukushi no Kenkû Nyûmon (Introduction to Social Work Research)*. (m.s. 115-147) Tokyo: Chûô Hôki.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.

Satir, V.M. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA. Science and Behavior Books.

Santrock, J.W. (2009). *Life-Span Development*. (10th ed.), New York: McGraw-Hill Higher Education,.

Santrock, J.W. (2005) – p22,23

Sarason IG, Levine HM, Basham RB. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Social Psychol*, 44:127-139.

Saunders, W. A., & Allsop, S. (1987). *Relapse: A psychological perspective*.

*British Journal of Addiction*, 82, 417-429.

Schwartzman, J. (1975) The addict, abstinence, and the family. *Am. Journal Psychiatry*, 132, 2, 154-7.

Seale, C. (1999). *The Quality of Qualitative Research*. London: Sage, dalam Hasida, N. (2003). *Shakai Fukushi no Kenkû Nyûmon* (Introduction to Social Work Research), (m.s. 115-147) Tokyo: Chûô Hôki.

Segall, M.H., Dasen, P.R., Berry, J.W., & Poortinga, Y.H. (1990). *Human behavior in global perspective: An introduction to cross-cultural psychology*. New York: Pergamon.

Sherman, C. (2010). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse Offers Broad, Lasting Benefits. *Research Findings*, Vol. 23, No. 3.

Sexton, T. L., Robbins, M. S., Holliman, A.S., Mease, A., & Mayora, C. (2003). Efficacy, effectiveness, and change mechanisms in couple and family therapy. Dalam T.L. Sexton, G. Weeks, & N. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy* (m.s. 229-262). New York: Brunner-Routledge.

Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71, 452-464.

Shirk, S. R., & Saiz, C. (1992). The therapeutic alliance in child therapy: clinical, empirical and developmental perspectives. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.

Shweder, E.A.(1990). Cultural Psychology – What it is? Dalam J.W.Stigler, R.A., Sweder, & G. Herdt (Eds.), *Cultural psychology: Essays on comparative human development* (m.s.. 73-112). New York: Cambridge University Press.

Shweder, R. A. (1991). *Thinking through cultures: Expedition in cultural psychology*. Cambridge, MA: Harvard University.

Sidin, H. M. (1964). *Asal Usul Adat Resam Melayu*.Kuala Lumpur:Pustaka Antara.

Silk, J. B., Bronson, S. F., Vonk, J., Hendrich, J., Povinello, D. J., Richardson, A. S., et al. (2005). Chimpanzees are indifferent to the welfare of unrelated group members. *Nature*, 437, 1357-1359.

Sinha D., & Sinha, M. (1997). Orientations to psychology: Asian and Western. Dalam S.R. Kao and Sinha (Eds) *Asian Perspectives on Psychology*.Princeton: Princeton University Press.



Sinha, J.B.P., Sinha, T.N., Verma, J., & Sinha, R. B.N. (2001). Collectivism coexisting with individualism: An Indian scenario. *Asia Journal of Social Psychology*, 4: 133-145.

Smith, P. b., & Bond, M. H. (1993). *Social Psychology Across Cultures*. London:Harvester, Wheatsheaf.

Smith, D. E., & Seymour, R. B. (2004). The nature of addiction. Dalam R.H. Coombs (Ed.) *The handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment*. Hoboken, NJ:John Wiley & Son.

Sodowsky, G. R., Kwan K.K., & Pannu, R. (1991). *Ethnic identity of Asians in the United States*. Dalam J. G., Ponterotto & J.M. Casas, L.A. Suzuki, & C.M. Alexander (Eds.). *Handbook of multicultural counseling* (m.s. 123-154). Thousand Oaks, CA:Sage.

Soyez, V., & Broekaer, E. ( 2005). Therapeutic Communities, Family Therapy, and Humanistic Psychology; History and current examples. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 45, No. 3, Summer 2005, 302-332.

Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997) .Outcome, attrition, and family-couple treatment for drug abuse. A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies.*Psychological Bulletin*, 122, 170-19.

Stanton, M. D. (1981). An integrated structural/strategic approach to family therapy.

*Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 427–439.

Steinberg, M. L., Epstein, E. E., McCrady, B. S., & Hirsch, L. S. (1997). Sources of motivation in couple outpatient alcoholism treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 191-205.

*Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 191-205.

Sterba R. (1924). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of*

*Psychoanalysis*, 15, 117-126.

Stewart, M. J. (1990). Professional interface with mutual-aid self-help groups. A review.

*Social Science Medicine*, 31, 1143-1158.

Stiles, W.B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998).

Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield psychotherapy project. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*,

66, 791-802.

Strupp, H.H. (1992). The future of psychodynamic psychotherapy. Dalam Corey, G.

(2008). *Theory & Practice of Group Counseling*. Belmont, CA :Thomson,

Brook/Cole.

Strauss A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press;

Sue, D. W. (1978). Eliminating Cultural oppression in counseling: Toward a general theory. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 419-428.

Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse* (4th. ed.). New York: John Wiley and Sons.

Sue, D. W., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse : Theory and practice* (5th ed.), New York: Wiley.

Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *Counseling Psychologist*, 29, 6, 790-821.

Suwanto, S. (2006). *Mengangkat keberadaan Hak-Hak Tradisional Masyarakat Adat Rumpun Melayu Se-Sumatera*. Pekanbaru: Lembaga Adat melayu Riau Dengan Unri Press, 23.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2006). Dalam National Drug Intelligence Center. (2010) *Methadone diversion, abuse, and misuse: deaths increasing at alarming rate*. Publication date: November 16,

(2007), Doc. ID: 2007-Q0317-001. dipetik dari  
[www.justice.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm](http://www.justice.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm) - United States.

Snyder, W. & Ooms, T. (1992). Dalam *Empowering Families, Helping Adolescents with Mental Health*. U.S. Family-Centered Treatment of Adolescents with Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Problem. Technical Assistance Publication (TAP) Series. DHHS Publication, no. (SMA) 00-3362.

Szapocznik, J., & Coatsworth, J.D. (1999). An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse: A developmental model of risk and protection. Dalam M.D. Glantz & C.R. Hartel (Eds.), *Drug abuse: Origins and interventions* (pp. 331–366). Washington, DC: American Psychological Association.

Taft, C.T., & Murphy, C.M. (2006). The Working Alliance in Intervention for Partner Violence Perpetrators: Recent Research and Theory, *Journal of Family Violence*. Springer Science + Business Media, LLC 2006, 10, 1007/s10896-006-9053.

Tajfel, H. & Turner, J.C. (1979). An Integrative Theory of Social Conflict. Dalam S. Worchel, *The Social Psychology of Intergroup Relations*. Monterey:Brooks/Cole.

Tajfel, H. (1982). Social Psychology of Intergroup Relation. *Annual Review of Psychology*, Vol. 33 :1-39.

Terkelson. K.G. (1980). Toward a theory of the family life cycle. Dalam E.A. Carter & M McGolrick (Eds.).*The family life cycle*. A framework for family therapy. New York: Gardner Press.

Texor,. (1987)

The Relapse Replication and Extension Project (1996) dalam G. A. Marlatt & D. M. Donovan (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in The Treatment of Addictive Behavior*.New York:The Guilford Press..

The National Institute on Drug Abuse (2005). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Therapy Manuals for Drug Abuse Manual. NIDA.

Thoragren, J.M., & Kleist D.M.(2002).Multiple Family Group Therapy: An Interpersonal Postmodern Approach. *The Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families*, Vol.10, Nn. 2, April 2002, 167-176. Sage Publication 2002.

Tims, F. M., Leukefeld, C. G., & Platt, J. J. (2001). *Relapse and Recovery in Addictions*. New Haven: Yale University Press..

- Tobin, J. J., Wu, D. Y. H., & Davidson, D. H. (1989). *Preschool in Three Cultures: Japan, China and the United States*. Yales University Press.
- Todd, T. C. (1986). Structural-strategic marital therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp.71–105). New York: Guilford Press.
- Tracy, T. J., & Kokotovitc, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 207–210.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2002). *Multidimensional family therapy (MDFT) for adolescent substance abuse*. Retrieved May 4, 2004, from [http://pfs.os.dhhs.gov/ophs/BestPractice/mdft\\_miami.htm](http://pfs.os.dhhs.gov/ophs/BestPractice/mdft_miami.htm)
- Tongue, E., & Turner, D. (1988). Treatment options in responding to drug misuse problems. *United Nation Office on Drug and Crime (UNODC) – Bulletin on Narcotic*, Issue 1- 001, 3-9.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review, 96*, 506-520.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and Collectivism*. Boulder, Colorado: Westview Press.

- Triandis, H. C., Bontempo, R., Villareal, M. J., Asai, M., & Lucca, N. (1988). Individualism and collectivism: Cross-cultural perspectives on self-ingroup relationships. *Journal of Personality and Social Psychology* 4, 323-338.
- Tucker, R. (1985). A Stalin biographer's memoir. In S. H. Baron & C. Pletsch (Eds.), *Introspection in biography: The biographer's quest for self-awareness*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Tudiver, F., & Talbot, Y. (1999). Why don't men seek help? Family physicians' perspectives on help-seeking behavior in men. *Journal of Family Practice*, 48, 47-52.
- Turner, J. C. (1991). *Social Influence*. Pacific Grove, CA:Brooks/Cole.
- Turner, J. C., and Oakes, P. J. (1989). Self-Categorization Theory and Social Influence. Dalam P. B. Paulus, *Psychology of Group Influence*, (2nd ed.), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P.J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the Social Group: A Self-Categorization Theory*. Oxford: Blackwell.

Turner, J., C. (1981). Social identification and psychological group formation. Dalam H. Taifel (Ed.), *The social dimensions: European development. Social Psychology*(m.s. 10), 318 Vol. 2, London: Cambridge Univerisity Press.

Tyler, L. (1961). The work of the counselor (2nded.). Dalam A.E.Ivey, &M.B. Ivey, (2007). *Intentional Interviewing and Counseling. Facilitating Client Development in a Multicultural Society* (6<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Thomson, Brooks/Cole.

Umberson, D. (1988). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Healath and Social Behavior*, 28, 306-319

U.S. Department of Health and Human Services. (2002). *Multidimensionalfamily therapy (MDFT) for adolescent substance abuse*. Retrieved Jun 10, 2010, from [http://phs.os.dhhs.gov/ophs/BestPractice/mdft\\_miami.htm](http://phs.os.dhhs.gov/ophs/BestPractice/mdft_miami.htm)

VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy research. A special issue. *American Psychologist*, Vol. 41(2). Feb. 1986, 111-112.

Van Der Kroef, J. M., (1956). Entrepreneur and the middle class.” Dalam Indonesia in the Modern World. Bandung: Masa Baru.



- Vignoles, V.L., Chrysochoou, X., & Breakwell, G.M. (2000). The distinctiveness principle; Identity, meaning, and the bounds of cultural relatively. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 337-354.
- Waldron, H. B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. Dalam T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 19, pp. 199–234). New York: Plenum Press.
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261-281.
- Watts, R. E., & Peitzak, D. (2000). Adlerian “encouragement” and the therapeutic process of focus-solution brief therapy. *Journal Counseling and Development*, 78(4), 422-447.
- Weinberg, W. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D., & Glantz, M. D. (1997 OR 1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of American Child Adolescent Psychiatry*, 37, 3, 252-261.
- Weiner, B. (1985). An attributional analysis of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.

Wen-Shing, T., Suk C, C., & Nishizono, M., (2005). Asian Culture and Psychotherapy: Implication for East and West. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. Vol. 12, No. 3, 592-594.

Weiss, R. S. (1994). *Learning From Strangers: The Art and Method Qualitative Interview Studies*. New York:: The Free Press.

White, B. (2000). *Toward a new recovery movement: Historical reflections on recovery, treatment and advocacy*. Conference paper presented at the Center for Substance Abuse Treatment, Recovery Community Support Program Conference; Working Together for Recovery, April 3-5, 2000, Arlington, Virginia.

White, M. And Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton and Company.

White, W. (2006). *Let's go make some history: Chronicles of the new addiction recovery advocacy movement*. Washington, DC: *Johnson Institute and Faces and Voices of Recovery*.

Whitaker, C., & Bumberry, W. M. (1988). *Dancing with the family: A symbolic experiential approach*. New York: Brunner/Mazel.

Wilson, E. O. (1992). *Diversity of life*. Harvard University Press.

- Wolin, S., & Wolin, S. (1993). *The resilient self. How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard.
- Wong, R.Y. M., & Hong, Y.Y. (2005). Dynamic influences of culture on cooperation in the prisoner's dilemma. *Psychological Science*, 16, 429-434.
- Wormer, K.V., Davis, D.R. (2008). *Addiction Treatment: A Strengths Perspective* (2nd ed.). Belmont, USA: Thomson Brooks/Cole.
- Wright, Coley, & Corey, (1989). Dalam Gerald Corey, Marianne Schneider Corey, & Patrick Callanan (2007) *Issues and Ethics on the Helping Professions*, (7th ed.), Belmont, USA, Thomson, Brookks/Cole.
- Yalom, I. D. (1985). *Theory and Practice of group psychotherapy*. (3<sup>rd</sup> ed). New York: Basic Books.
- Yamaguci, S. (1994). Collectivism among the Japanese: A perspective from the self. In U. Kim & H Triandis (Eds), *Individualism and collectivism Theory, method, and applications. Cross-cultural research and methodology series. Vol. 18*, (m.s 175-188). Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.

Yeh, C. J., & Hwang, M. (2000). Interdependence in ethnic identity and self: Implications for theory and practice. *Journal of Counseling and Development*, 78, 420–429.

Zall, M. R., Amran, A., & Ismail, M. (2007). Jarak hubungan kekeluargaan: Dari Persepsi Penagih Separa Pulih. *Prosiding Seminar Kebangsaan Polisi Awam Malaysia Ke-6*, UTM, 2008.

Zall, M.R., Shauib, C. D., Balan, R., & Joki, S.P.J. (2008). *Hubungan Sokongan Sosial Dengan Kadar Relaps: Satu Kajian Multibudaya Di Sabah*, *Prosiding Seminar Psikologi SEA*, UMS, 2009.

Zall, M. R., (1984). Kaunseling Kelompok; Perbandingan Di antara Pendekatan Terarah Dengan Tanpa Arah. Satu Kajian Kes di Penjara Kajang. Dalam Daftar Bidang Masalah Kepulihan (DBMK): Penilaian Program Pemulihan Dadah Dari Perpektif Penagih Separa-pulih, *Prosiding Persidangan Dadah Kebangsaan I*, 2007, Universiti Malaysia Sabah.

Zall, M. R. (2004). *Kaunseling Pra-Kepulihan, Laporan Ilmiah Program Sarjana Kaunseling (Psikologi)*, *Universiti Kebangsaan Malaysia*. Dalam Daftar Bidang Masalah Kepulihan (DBMK): Penilaian Program Pemulihan Dadah Dari Perpektif Penagih Separa-pulih, *Prosiding Persidangan Dadah Kebangsaan I*, 2007, Universiti Malaysia Sabah.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*. 37, 369-376.

Zigler, E., & Black, K. (1989). America's family support movement: Strengths and limitations. *American Journal of Orthopsychiatry*. 59, 6-19